

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

QUELQUES CAS CURIEUX DE CORPS ÉTRANGERS DU LARYNX

Par J. GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon.

Les cas que je vais citer ont été choisis parmi les plus curieux de ma collection. Il est étonnant de voir combien le larynx peut devenir tolérant pour certains corps étrangers, puisqu'il en est qui peuvent séjourner pendant plusieurs semaines sans provoquer d'accidents graves autres que l'aphonie et quelques accès de suffocation intermittents. En outre, les divers corps étrangers par leur conformation trouvent, dans la disposition anatomique du larynx, des conditions particulières qui favorisent leur immobilisation et les empêchent de pénétrer plus bas dans les voies aériennes.

OBSERVATION I. — *Un clou dans le larynx.*

Le 17 mars 1894, M. de X., de Saint-Chamond, vient chez moi à 9 heures du soir. Il me présente son jeune fils âgé de 8 ans et demi. Cet enfant, en s'amusant à 4 heures et demi du soir, avait, dit-il, avalé un clou qui s'était fixé à la partie supérieure des voies aériennes. Il s'amusait avec ses camarades. A un moment donné, il mit un clou dans sa bouche ou plutôt entre les dents. Au même instant un de ses petits amis le pousse brusquement par le dos et le fait tomber. Dans sa chute, il ouvre involontairement la bouche et le clou pénètre dans la gorge. Aussitôt il se met à tousser mais sans avoir le moindre accès de suffocation. On fit appeler mes excellents confrères les Drs Charrin et Mermet. Le Dr Charrin enfonce le doigt dans la bouche et parvint à sentir la pointe du clou à l'entrée du larynx. Il n'insista pas, de peur de provoquer une chute plus profonde du corps étranger, et conseilla au père de l'enfant de prendre le premier train pour Lyon et de me montrer son enfant.

A son arrivée dans mon cabinet, le petit malade est assez calme, il se plaint seulement de la sensation pénible que lui cause le corps étranger. A l'examen laryngoscopique j'aperçois un clou fixé obliquement dans le larynx. La tête du clou disparaît complètement dans la fente du ventricule gauche, dans le voisinage de la commissure antérieure des cordes vocales. Le clou lui-même traverse obliquement la cavité laryngée de bas en haut et de gauche à droite, de telle manière qu'il vient prendre un point d'appui sur le ligament aryéno-épiglottique droit, la pointe sortant complètement de la cavité laryngée (*fig. 1*).

Je me décide à intervenir immédiatement pour parer aux accidents possibles. Je fais une anesthésie légère avec la cocaïne. L'enfant est d'ailleurs très docile et la frayeur causée par l'accident contribue pour une large part à le rendre plus sage. Je prends une pince-forceps d'une dimension moyenne, à mors cannelés, et j'arrive du premier coup à retirer le corps étranger.

Je rencontre une légère résistance pour dégager la tête du clou retenue dans la fente ventriculaire. J'avoue qu'au moment où je saisis le clou par le milieu avec la pince, un frisson me parcourut tout le corps, tant je craignais de voir un clou aussi lisse glisser entre les mors de la pince et s'engager dans la profondeur de la trachée.

Je dois ajouter que la corde vocale gauche était rouge dans toute sa longueur, à cause de l'ecchymose produite sur la muqueuse au moment de l'accident. Le résultat de l'opération fut parfait et, au bout de peu de jours, la voix reprit son timbre normal. Il n'y eut aucune complication inflammatoire du côté du larynx.

Le clou mesurait 27 millimètres et demi de longueur. Le corps mesurait 2 millimètre de diamètre et la tête 4 millimètres (*fig. 1*).

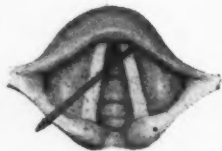


Fig. 1.

Cette observation est intéressante en ce que le clou, quoique de petit volume, n'a pu tomber dans la trachée. Dans une observation que j'ai publiée en février dernier dans ce journal, il

s'agissait d'un clou beaucoup plus long qui ne put s'arrêter au niveau du larynx et descendit jusque dans la bronche droite. Dans le cas présent, il est certain que le clou étant plus court a pu plus facilement se fixer dans le larynx. Au moment de sa pénétration il a dû se produire une vive contraction laryngée qui a imprimé au corps étranger une position oblique. Comme la tête du clou se présentait en bas, la contraction laryngée lui a permis de pénétrer dans la fente du ventricule et de s'y fixer d'une manière définitive, grâce au rebord même de la tête du clou.

A l'époque où j'ai pratiqué cette extraction, je ne pouvais guère songer à me servir d'un instrument autre que la pince. Et, comme je l'ai dit, ce n'est pas sans une vive appréhension que j'ai entrepris cette intervention à cause de la frayeur de lâcher prise après la mobilisation du corps étranger et de la crainte de le laisser glisser du côté des bronches. Actuellement je ne procédera pas de la même façon et je me servirais de l'extracteur électro-magnétique de Wetherla, qui a été construit en 1895, moins pour l'extraction des corps étrangers en fer que pour l'extraction des tubes de O'Dwyer. C'est un véritable électro-aimant à courbure laryngée. Un instrument semblable avait été inventé par John Barlett, de Chicago, mais il était d'une puissance magnétique très insuffisante, l'électro placé en dehors de la bouche était muni d'une tige de fer doux courbe qui descendait dans le larynx et dont la longueur réduisait par trop la puissance magnétique.

J'ai fait construire un extracteur spécial pour les corps étrangers magnétiques du larynx sur le modèle de l'extracteur électro-magnétique de Wetherla (*fig. 2*).

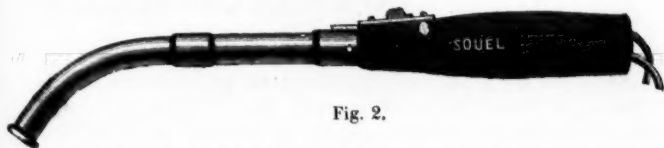


Fig. 2.

Il est actionné par deux accumulateurs en tension et peut porter un poids de 1 kilogramme. Le fer doux, recouvert de son fil inducteur, peut, grâce à sa courbure, descendre jusqu'au niveau des cordes vocales.

Mon appareil est caché, dans toute sa longueur, par un étui métallique ; il est donc d'une désinfection facile. En outre, comme il est important de ne pas supprimer le courant dès que le corps étranger adhère à l'extracteur, j'ai fait établir un contact à verrou qui permet de ne plus lâcher prise dès que le courant est fermé.

OBSERVATION II. — *Cuiller dans le larynx.*

Le 8 mars 1892, R. G., âgé de 37 ans, se présente à la consultation gratuite de l'hôpital de la Croix-Rousse. Cet homme est complètement aphone depuis trois semaines. L'aphonie est survenue à la suite d'une crise d'épilepsie. Il tient un débit de boissons et consomme lui-même de l'absinthe en grande quantité.

Il y a deux ans, il fit une chute de cheval dans laquelle se produisit un traumatisme violent du côté des testicules. A la suite de cet accident survinrent des crises d'épilepsie qui se reproduisirent presque tous les mois. Les crises ne débutent pas par un cri initial et il n'y a pas d'écume à la bouche. Le malade sert fortement les dents, il est pris de tremblements et de convulsions. La perte de connaissance dure environ cinq minutes, puis il s'endort pour un certain temps.

Dans la dernière crise, qui remonte à trois semaines, sa femme eut la malencontreuse idée de vouloir lui desserrer les dents pendant la crise. Elle prit une cuiller à absinthe à long manche et chercha à la glisser entre les incisives. La cuiller était à peine introduite à moitié que le malade ferma brusquement la bouche et coupa la cuiller en deux morceaux. Il est bon de dire que la cuiller était en étain et, bien qu'elle eût une certaine épaisseur, on s'explique pourquoi elle céda sous la contraction énergique de la mâchoire. Le malade ne suffoqua pas et la crise évolua comme de coutume.

Au réveil du malade on s'aperçut qu'il était aphone, mais on ne songea pas que le morceau de cuiller avait pu s'engager dans le larynx. La femme du malade se garda bien d'avouer à son mari ce qui s'était passé. On se rendit chez un pharmacien qui déclara que la voix reviendrait dans quelques jours. Cependant les jours se passaient et la voix restait toujours éteinte. En outre, les étouffements devenaient très fréquents et se reproduisaient trois ou quatre fois par nuit, ils survenaient aussi parfois dans la journée.



## QUELQUES CAS CURIEUX DE CORPS ÉTRANGERS DU LARYNX 121

Au bout de quelques jours, néanmoins, les suffocations devenaient moins fréquentes. Le malade éprouvait bien quelques douleurs au niveau du larynx, mais la déglutition n'était pas entravée.

Sa femme se décida alors à faire sa petite confidence à un autre pharmacien qui lui conseilla de conduire le malade à ma consultation.

A l'examen du larynx j'aperçus, entre les cordes vocales, une ligne brillante à reflet métallique occupant le diamètre antéro-postérieur du larynx, exactement sur la ligne médiane entre les cordes vocales. Du côté droit cette ligne présentait une légère convexité d'aspect blanchâtre. La femme me prit alors à part et me raconta sa petite histoire.

Je me décide à intervenir immédiatement et sans trachéotomie préventive. Je fais l'anesthésie avec la cocaïne et je prends une pince forceps à tube, la plus grosse que je possédais dans mon arsenal. Je saisis le corps étranger entre les mors de la pince et je cherche à le mobiliser en exerçant des tractions en plusieurs sens. Je suis enfin assez heureux pour l'extraire, mais non sans avoir tiré avec une certaine force. La partie sectionnée par les dents s'était fixée du côté de la commissure postérieure et butait contre la muqueuse trachéale et inter-aryténoïdienne.

C'est grâce à ses grandes dimensions que le corps étranger n'avait pu pénétrer plus avant dans les voies aériennes. L'extraction fut suivie d'une légère hémorrhagie sans importance, causée par les dentelures du fragment de cuiller.

L'intervention n'a donné lieu à aucune complication et le malade était parfaitement rétabli au bout de quelques jours.



Fig. 3.

La *fig. 3* ci-jointe représente le corps étranger dans sa grandeur naturelle. La pointe mousse se trouvait vers la commissure antérieure et la partie dentelée entre les éminences aryténoïdes. Le corps n'avait pu franchir l'anneau cricoïde.

L'intérêt de cette deuxième observation réside surtout dans les dimensions importantes du corps étranger et dans la manière dont il a été supporté assez longtemps sans provoquer même la moindre réaction inflammatoire. Il est à noter aussi l'absence de phénomènes réflexes au moment de la pénétration du fragment de cuiller dans le larynx. Cela s'explique d'ailleurs par l'état de crise dans lequel se trouvait le malade lors de l'accident. On a déjà vu des faits analogues ; ainsi Schrötter a cité un malade qui, à son réveil, ne put retrouver son dentier et s'aperçut qu'il avait pénétré dans le larynx.

OBSERVATION III. — *Crochet de Lottine dans le larynx.*

En avril 1898, le jeune Marius C., de Villefranche-sur-Saône, est conduit à ma consultation gratuite à l'hôpital Saint-Pothin (Antiquaille). Cet enfant est âgé de 4 ans et demi. Ses parents racontent que le 24 décembre 1896 ils ont entendu leur enfant appeler brusquement au secours, disant qu'il avait avalé quelque chose qui lui donnait envie de vomir. Comme la domestique avait brisé un verre de lampe un quart d'heure avant l'accident, on en conclut que l'enfant avait dû avaler un fragment de verre. L'enfant portait sa main sur son cartilage thyroïde en disant qu'il éprouvait une douleur à ce niveau. La voix avait subitement changé et paraissait étouffée. Il est à remarquer que l'introduction du corps étranger dans le larynx ne donna lieu à aucun accès de suffocation, mais elle provoqua de fréquents vomissements.

Le mois précédent, il survint pendant quelques nuits des crises de dyspnée légère.

Après quelques tâtonnements bien légitimes, vu le jeune âge du petit malade, j'arrive à voir assez bien l'intérieur du larynx et je constate au niveau de la glotte, vers la partie postérieure, une petite masse noirâtre d'aspect très irrégulier. Cela ne ressemble en rien à un fragment de verre, et comme les parents sont très affirmatifs sur la nature du corps étranger, je pense que la teinte noirâtre peut tenir à du mucus desséché recouvrant la parcelle de verre.

Je conseille de faire entrer le malade dans le service d'enfants de mon collègue le Dr Rochet, chirurgien de l'Antiquaille, afin de pouvoir l'examiner avant de prendre une détermination à son sujet.

Peu de jours après, je fais une tentative d'extraction par la voie naturelle. Je badigeonne la muqueuse laryngée avec une solution de cocaïne et j'arrive à pouvoir introduire une petite pince. A plusieurs reprises je touche le corps étranger, je cherche à le saisir, mais timidement, je l'avoue, car je me rends compte qu'à la moindre pression le corps étranger peut fuir sous la pince et pénétrer dans la trachée.

Je renonce donc à l'extraction sans trachéotomie préalable. Je renvoie le petit malade dans le service de mon collègue et je prie ce dernier d'avoir l'obligeance de trachéotomiser l'enfant et de me le renvoyer une huitaine de jours après la trachéotomie.

Je dois ajouter ici que lorsqu'on nous amena l'enfant à l'hôpital, la respiration était devenue très difficile tant dans l'inspiration que dans l'expiration. Nous avons constaté du tirage sus et sous-sternal. Comme le tirage existait depuis plusieurs mois, il avait occasionné une dépression profonde de la cavité thoracique, comme cela s'observe après les constrictionnements glottiques de longue durée.



Fig. 4.

La trachéotomie est pratiquée vers la fin du mois d'avril. Il n'y a eu aucune complication opératoire.

Le 18 mai, je me décide à tenter l'extraction du corps étranger qui n'a pas été rejeté pendant la trachéotomie comme cela se voit dans certains cas. Le corps étranger est difficile à saisir et, au moment où je le mobilise, il m'échappe et s'engage entre les lèvres de la glotte. L'accident que je redoutais avant la trachéotomie s'était donc produit, mais grâce à cette opération préventive, il fut très simple de saisir le corps étranger maintenu entre les cordes par la convexité de la canule.

Mais au lieu de retirer un fragment de verre, je fus fort surpris de ramener un crochet de bottine muni d'un œillet couronné d'une série de pointes destinées à river le crochet. Comme on le

voit d'après la figure 4, le crochet est formé de deux parties laissant entre elles une entaille. C'est grâce à cette entaille et aux pointes de l'œillet que le crochet s'était placé à cheval sur la partie postérieure de la corde vocale droite. Les suites de mon intervention furent excellentes et l'on enleva la canule dix jours plus tard. Quelques heures après l'ablation de la canule l'enfant prit un accès de suffocation et l'interne de service se demanda même s'il ne serait pas obligé de remettre la canule en place. La suffocation céda pourtant et la guérison fut très rapide.

Le 6 juin, la voix avait repris son timbre ordinaire. A l'examen du larynx, j'aperçus encore un léger gonflement de la bande ventriculaire droite du côté où s'était implanté le corps étranger.

Dans ce cas, l'extraction du corps étranger ne put se faire d'une manière aussi simple que dans les cas précédents. Il fallut recourir à la trachéotomie. Le volume du crochet était trop petit et la moindre fausse manœuvre aurait provoqué la chute dans la trachée. J'ai préféré mettre un intervalle entre la trachéotomie et l'extraction, considérant que l'intervention par la bouche, en se guidant sur le miroir, serait beaucoup plus simple et ne produirait pas le plus petit traumatisme.

Au mois de septembre de la même année, j'ai trouvé dans le *New-York Medical Journal*, une observation absolument semblable, due à Fletcher Ingals. Il s'agissait d'un enfant de 3 ans qui avait introduit dans son larynx un crochet de botte à œillet en tout pareil à celui de mon petit malade. Fletcher Ingals pratiqua l'examen avec un autoscope direct, modification de celui de Kirstein. Comme dans mon cas, il eut recours à la trachéotomie, mais immédiatement après l'ouverture de la trachée il introduisit par la plaie trachéale une pince de Trousseau, il repoussa le corps étranger en haut et le ramena par la bouche avec l'index gauche.

OBSERVATION IV. — *Epingle implantée sur le côté gauche de l'épiglotte.*

Gr., femme âgée de 55 ans, se présente à ma clinique de l'hôpital Saint-Pothin, le 29 avril 1897. Elle se plaint d'une douleur vive dans la gorge depuis deux jours.

Le 27 avril, en mangeant sa soupe rapidement, elle ressentit

brusquement dans la gorge une sensation qu'elle compare à un coup de couteau. Elle fut obligée d'interrompre son repas, ne pouvant plus rien avaler. Depuis ces deux jours la déglutition est devenue très douloureuse. Le lait est son unique aliment et encore ne passe-t-il qu'en provoquant une douleur intense. La malade se présente à la consultation dans un état de nervosité extrême. Elle déclare simplement qu'elle ne peut plus parler ni respirer. Elle ignore absolument la cause de sa maladie. Devant un interrogatoire aussi peu fécond en renseignements, il est impossible d'émettre la moindre hypothèse.

Je procède de suite à l'examen de la gorge. Au moyen de l'abaisse-langue je ne trouve aucune lésion du pharynx. Par la laryngoscopie je constate que l'épiglotte est repliée sur elle-même. Je prie alors la malade d'émettre un son à haute voix pour examiner les cordes vocales. J'aperçois alors sur le côté gauche de l'épiglotte un corps étranger sur la nature duquel il n'y a pas lieu de se méprendre. Il s'agit d'une épingle implantée profondément sur le côté gauche du larynx. L'épingle est dans une position verticale, la tête en haut ; quant à la tige elle-même, elle n'est visible que sur une longueur d'un centimètre environ. La pointe est fixée solidement dans la direction de l'œsophage, sur la paroi antérieure ou laryngo-œsophagienne.

J'anesthésie la région avec la cocaïne, puis, à l'aide d'une pince-forceps, je retire du premier coup l'épingle, à la grande stupéfaction de la malade. L'épingle est munie d'une tête de verre noir de 4 millimètres de diamètre. La tige a 35 millimètres de longueur.

La guérison a dû être définitive, car la malade n'est pas revenue à la clinique.

Cette dernière observation est moins curieuse que les précédentes. Elle offre cependant cette particularité que l'épingle traversa la bouche complètement à l'insu de la malade.

Il n'y a pas de règle précise pour fixer le mode d'intervention dans les cas de corps étrangers du larynx. On cherchera toujours en premier lieu à tenter l'extraction par les voies naturelles sans faire la trachéotomie. Cette dernière ne devra être pratiquée que lorsque la tentative par la voie naturelle est susceptible de transformer l'accident en un autre accident plus grave.

L'ouverture de la trachée sera subordonnée à l'intensité des accès de suffocation qui surviennent au moment de l'accident ou même quelques jours plus tard.

Pour l'extraction par voie endolaryngée, chez les enfants indociles, on devra pratiquer l'anesthésie au chloroforme.

Comme Schaeffer le dit dans son article du *Traité* de Heymann, les vomitifs au début de l'accident sont toujours dangereux, car les inspirations profondes qui accompagnent les vomissements favorisent la pénétration du corps étranger dans la trachée.

Dire si un corps étranger est fixé dans le larynx ou dans les bronches n'est pas toujours chose facile. Je tiens, à ce sujet, à citer un cas grave que j'ai eu l'occasion d'observer récemment dans mon service. Il s'agit d'un enfant de 2 ans à peine qui me fut adressé par un de mes collègues de la Charité. Cet enfant, vingt-quatre heures auparavant, avait pris un accès de suffocation en mangeant des pruneaux. Au dire des parents, un fragment de noyau avait dû pénétrer dans les voies respiratoires.

Depuis le début de l'accident, l'enfant est en proie à un tirage intense. La trachéotomie s'impose et elle est pratiquée de suite par mon collègue Jaboulay. Dès que la canule est en place, le tirage cesse et l'enfant respire avec facilité. Je fais transporter l'enfant dans son lit, me réservant de n'intervenir que dans quelques jours, toute urgence ayant disparu du fait du soulagement produit par la trachéotomie.

Cependant, le soir même, mon interne, M. Balvay, est appelé en toute hâte auprès du petit malade qui est en proie à un nouvel accès de suffocation. Il pense que la canule est d'un trop petit diamètre et la remplace par une autre d'un diamètre supérieur. La respiration semble redevenir normale et, le lendemain matin, au moment de ma visite, je trouve l'enfant endormi et très calme sans trace de tirage. Le même jour, vers 5 heures du soir, il prend un nouvel accès de suffocation et meurt brusquement. M. Balvay, malgré tous ses efforts, ne peut le rappeler à la vie.

Dans ce cas, tout semblait prouver que le corps étranger siégeait au-dessus du larynx puisque la trachéotomie avait

procuré un calme parfait. Il n'en était rien cependant et la suite des événements a prouvé que le corps étranger s'était glissé dans une bronche. La suffocation mortelle a dû être causée par un déplacement du fragment qui est venu se fixer probablement au niveau de la bifurcation des bronches. La radioscopie devait être faite le lendemain, mais elle n'aurait peut-être donné aucun renseignement utile à cause de la nature du corps étranger. Les parents de l'enfant ont fait opposition à l'autopsie.

---

## SURDITÉ DOUBLE DE CAUSE CENTRALE

Par **Raymond BERNARD**, médecin-major de 1<sup>re</sup> classe, répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire.

Les maladies de l'oreille externe et de la huitième paire sont mal connues, et la difficulté de leur étude décourage le médecin. Les traités spéciaux donnent peu de renseignements sur leur séméiologie, leur anatomie pathologique n'existe pour ainsi dire pas, et c'est à peine si l'on commence à soupçonner, grâce aux recherches récentes sur l'anatomie et la physiologie des voies acoustiques, l'intérêt de cette étude (1).

Cette pénurie excuse la publication d'observations encore incomplètes comme celle-ci, analysées avec trop peu de méthode et interprétées sans autorité, mais acceptables pourtant puisqu'elles résument un fait. Dans l'espèce, le fait est net et précis : un homme jeune et robuste, atteint brusquement de troubles nerveux et infectieux graves, se remet, mais il reste atteint d'une surdité bilatérale complète. L'examen minutieux de son oreille ayant démontré l'absence de toute altération de l'appareil auditif externe et moyen, on se trouve conduit à admettre une lésion des conducteurs nerveux, et de la portion strictement acoustique de ces conducteurs. C'est donc pour une question de localisation, et de localisation très étroite, que cette observation prend de l'intérêt, en l'absence même d'une vérification anatomique que l'heureuse constitution du sujet ne permet pas de prévoir.

(1) Les seuls livres français dans lesquels on puisse trouver des indications utiles sont ceux de M. COLLET et de M. P. BONNIER, dans la collection Léauté.



M... (L.), né dans l'Isère, tailleur de pierres, incorporé depuis cinq mois au 96<sup>e</sup> régiment d'Infanterie, fils de père alcoolique, faiblement alcoolisé lui-même, exempt de syphilis, de tuberculose, et de tare névropathique apparente dans son histoire personnelle ou dans celle de ses proches, est apporté à l'hôpital Des Genettes le 27 mars 1900 : le billet d'entrée mentionne des « vertiges » et un état grave qui fait craindre une méningite. M., sans être comateux, reste sans connaissance. Un de ses camarades raconte qu'il était exempt de service depuis un mois : il se plaignait de fatigue, d'inappétence, de céphalée et de douleurs rhumatismales, il allait mieux cependant, et il devait reprendre son service le lundi, quand, le dimanche 25 mars, il eut une indisposition subite que le témoin appelle une « indigestion », puis il « tomba sans connaissance ».

A la date du 14 juillet, M... lui-même a donné sur le début de sa maladie les détails suivants dont l'exactitude a été contrôlée :

« Le dimanche matin, en me levant, je sentis un violent mal de tête et les oreilles me bourdonnaient. Croyant que ça ne serait rien, je n'allai pas à la visite ; mais au contraire j'étais toujours de plus en plus malade, et je restai tout le jour couché sur un lit, je ne mangeai rien... Le soir, je me mis au lit et depuis ce moment je ne me suis rappelé de rien, on m'a porté à l'infirmerie le lendemain matin et ce n'est que dans la nuit qui a suivi que je me suis rappelé ; j'avais une soif terrible, je suis descendu en bas boire de la tisane. En remontant, je ne trouvais pas ma chambre, je frappai à plusieurs portes jusqu'à ce qu'un infirmier vint me prendre et me faire voir mon lit, je crois que j'étais déjà sourd. Le matin on m'a mené à l'hôpital ; la tête me tournait et je ne pouvais la tourner ni à droite, ni à gauche, ça me faisait mal dans les épaules, je chancelais en marchant et je ne savais pas bien ce que je faisais. Cependant, en arrivant, je me rappelle bien avoir reconnu un camarade de chez moi qui était à l'hôpital. Je me suis couché et me suis assoupi tout de suite, je ne sais pas ce qui s'est passé de deux ou trois jours, mais je sais que la tête me faisait toujours très mal et que j'avais toujours soif. Tout ce que je buvais, j'étais obligé de le rejeter. La nuit, je souffrais encore plus que le jour, je ne dormais presque rien et si je parvenais à m'assoupir, aussitôt que je bougeais la tête, ça me réveillait. Je voyais tout en brouillard, cependant les yeux ne me faisaient pas mal, quand je voulais regarder quelque chose, je voyais des étincelles et j'étais obligé de porter ma vue ailleurs ou de fermer les yeux. Les oreilles me bourdonnaient continuellement, tantôt ça

sifflait, tantôt il me semblait entendre parler ou chanter, mais toujours très fort. »

A ces détails tout subjectifs, il faut ajouter ceux que le malade a oubliés et qui ont été notés à son arrivée.

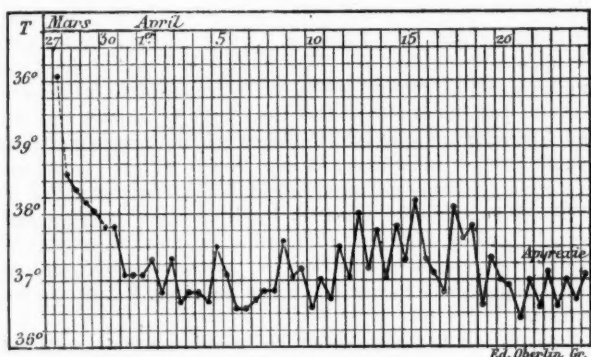
*Etat actuel le 28 mars 1900.* — M... reste couché dans son lit, son immobilité et son indifférence apparente, sa surdité lui donnent un aspect comateux : il ne s'agit que d'une grossière apparence. Le malade, abattu par la douleur, repose sur le côté droit, les jambes pliées en chien de fusil, le cou raidi pour épargner toute secousse à la tête ; mais il n'est pas étranger à ce qui se passe autour de lui : il ne peut parler avec suite, il n'entend pas, et il est trop fatigué pour lire, mais il obéit sans hésitation aux gestes, il s'assied sur son lit, il essaye d'étendre les jambes (signe de Kernig négatif), il se lève, se tient debout difficilement, avec des oscillations incessantes sur ses jambes écartées ; il marche. A ce moment il a tout à fait l'air d'un ivrogne, il titube, il tient les jambes écartées, mais les reporte quelquefois toutes deux du même côté de la ligne directrice, et brusquement étend les bras et cherche l'appui d'un lit, ou de l'infirmier qui le suit : il tomberait et il semble pencher plutôt du côté droit.

Il est dans un état permanent de vertige et de nausée : « la tête lui tourne » mais il ne peut faire comprendre dans quel sens : « ça se brouille et ça tourne de tous les côtés ». Il a toujours envie de vomir, et le vomissement se produit à la moindre provocation, ingestion de quelques gorgées de liquide, examen de la gorge. La surdité est absolue. Hier, à la contre-visite, on a cru remarquer qu'il saisissait au passage un mot quand on criait à son oreille ; on ne constate rien de pareil ce matin. Il voit, et il répond à une question écrite, mais on n'insiste pas par crainte de le fatiguer : il n'y a pas eu de déviation de la tête, ni des yeux, pas de troubles des mouvements des yeux, pas de nystagmus, pas de déformation pupillaire, la face n'est pas déviée. On ne trouve trace ni de tremblement, ni de convulsions, ni de contractures ; les réflexes plantaires, rotuliens, crémastériens, cornéens sont normaux. La raie vaso-motrice est nette. Il n'y a pas d'incontinence rectale, ni vésicale, pas de rétention non plus. M... demande le vase.

La sensibilité a été examinée d'une manière très sommaire le 28, on ne l'a pas trouvée troublée. Elle a été examinée minutieusement le 29, la sensibilité générale s'est montrée intacte sous ses divers modes : contact, douleur, température, sens de la position des membres, la sensibilité spéciale est normale pour la

vue, sauf les troubles décrits par M... lui-même, il n'y a pas de photophobie, et les réactions de la pupille à la lumière et à l'accommodation sont régulières. La sensibilité au contact et à la piqure sur toute la muqueuse buccale est normale, et normale aussi la sensibilité au goût pour le sel, le sucre, la quinine. L'odorat n'a pas été exploré. L'ouïe est absolument annulée.

L'intelligence n'est pas profondément altérée. Le 27, M... répond vaguement, il est absorbé par sa douleur de tête et ses idées sont paresseuses sans doute, mais c'est sa surdité surtout qui l'isole de son entourage. Le 28, on trouve sa mémoire entière, son jugement peu faussé, son élocution suffisamment facile et claire, son caractère ne s'est pas altéré, il est tranquille, résigné et bienveillant.



*Appareil circulatoire* : le cœur bat dans le cinquième espace gauche, sous le mamelon ses bruits sont normaux.  $P = 56$ .

*Appareil respiratoire* : rien n'y paraît suspect au premier abord : ni toux, ni douleur, ni bronchite récente. On constate au sommet droit  $V = S - R -$ .

*Appareil digestif* : la langue est sèche, sans déviation, la luette et le voile du palais sont symétriques. Il y a de l'inappétence en même temps que de l'intolérance stomacale. L'abdomen est souple, non déprimé, non ballonné. M... est constipé depuis le commencement de sa maladie. Pas d'albuminurie, ni de glycosurie, ni de polyurie.

Le 30 mars, M... lit sans difficulté : il parle et il écrit et montre beaucoup de bonne volonté et de précision dans ses réponses.

Pourtant la douleur est toujours très grande : cette douleur est diffuse dans toute la tête mais plus forte en arrière et continue, elle est calmée par les applications de glace. L'état général semble plutôt amélioré, mais il reste inquiétant. Vertiges, vomissements, pouls 52. M... s'assied avec un peu de peine ; il se tient assis, il tire la langue dans les divers sens. Parésie légère du bras droit : la main serre moins énergiquement.

Le 31 mars, amélioration légère, la douleur de la nuque est moindre, mieux localisée, la pression du côté droit est insupportable. Il a mal aussi dans le dos ; il dit : « pour me ployer, ça me gêne. Signe de Kernig négatif. Les vertiges persistent avec les vomissements, spontanés ou non. M. le médecin major Ruotte veut bien examiner les oreilles et les yeux de M... M... affirme qu'il n'a jamais eu le moindre mal d'oreilles : l'oreille externe et moyenne est saine des deux côtés ; quant à l'oreille interne, on ne peut dire qu'une chose, c'est que toutes ses fonctions sont abolies : une montre appliquée contre l'oreille, un cri poussé dans le méat, le diapason posé sur la tête ne sont pas perçus. Le malade se trouvant fatigué, on ne peut faire l'examen ophtalmoscopique. Pas de trouble grave de la motilité : les deux mains serrent vigoureusement ; mais la droite est sensiblement moins énergique. Pas de trouble de la sensibilité générale. Persistance des troubles spéciaux de l'ouïe et de la vue. Exploration du goût : la quinine de chaque côté en avant et en arrière est partout reconnue sans retard. Intelligence toujours nette. Pas de rêves. M... demande à manger.

4<sup>er</sup> avril. -- Les vertiges et les bourdonnements semblent s'apaiser.

2 avril. — Amélioration sensible. La douleur est très atténuée, il faut la provoquer par la pression de la région occipitale à droite. Certains mouvements la réveillent aussi. M... accuse toujours les mêmes sensations subjectives de « bourdonnements », qu'il ne sait pas définir autrement : « ce sont des bruits de toute espèce ». Les vertiges sont moins gênants ; M... ne peut dire dans quel sens sa tête lui tourne ; quand il a la tête fixe, ce sont les objets qui tournent. L'exploration par le diapason ne donne aucun résultat, la surdité est absolue dans tous les cas. Le malade semble fatigué par les efforts d'attention. Pas de vomissements. Digestion normale. Rien à noter pour l'appareil respiratoire. Pouls instable : 5½ dans le décubitus dorsal, 100 dans la position assise. L'état général est bon.

3 avril. — Avant toute question, M... crie : « Ça va bien ! je

voudrais manger... » Il n'a plus de vertiges spontanés, les « bourdonnements » s'affaiblissent, et la douleur est presque nulle. Aussi peut-il se coucher indifféremment sur les deux côtés, tandis que jusqu'à présent il s'étendait toujours sur le côté droit. Il voudrait se lever. Il se lève seul, et marche avec une titubation peu marquée, le plancher lui paraît ferme, sa tête ne tourne presque pas. La main droite serre toujours plus faiblement que la gauche. Réflexes normaux.

5 avril. — Hier, après midi, au moment de la contre-visite, M... assis sur son lit lisait le journal, il proteste quand on le lui enlève, assure qu'il ne se fatigue pas quoique sa vue soit un peu trouble ; mais le soir il a mal à la tête, et une épistaxis dans la nuit. Ce matin, M. Ruotte examine le fond de l'œil, et trouve une stase peu accentuée mais évidente de la papille : elle est gris rougeâtre avec des contours flous ; artères amincies, veines dilatées, sinueuses et pulsatiles.

6 avril. — Examen du sens musculaire : par les mouvements exécutés au commandement, par la notion des déplacements passifs, les yeux restant fermés, par la juste appréciation des différences de poids, il paraît normal.

8 avril. — M... crie en souriant : « ça va bien ! » et réclame impérieusement le régime normal.

14 avril. — Depuis deux ou trois jours, douleurs articulaires, (poignet et coude gauches).

A partir de ce jour, l'amélioration de l'état général s'accroît mais il n'y a plus aucune modification apparente dans les fonctions auditives, et la régression constatée les jours précédents dans les vertiges semble arrêtée. Le 20 avril, M... a encore mal à la tête quand il se lève, il marche avec quelque hésitation, et il dit : « je marche bien, mais je vacille, on dirait que je suis saoul ».

Ces vertiges ne sont pas constants, ils viennent par moments, et en même temps, les bourdonnements augmentent.

Le 11 mai, nouvel examen ophtalmoscopique qui donne le même résultat que celui du 6 avril avec un doute sur un léger rétrécissement de la papille gauche. Il y a quelques « brouillards » dans la vue mais pas de rétrécissement du champ visuel.

Le 17 mai, M... raconte joyeusement qu'il commence à entendre le bruit des pas. C'est une sensation assez indistincte, qu'il ne localise pas ; mais il ne la confond pas avec le bruit plus vague du tramway qu'il entend aussi passer sous la fenêtre. Le son du diapason placé sur le front est faible ; il se diffuse également dans les deux oreilles. Rinne négatif. M... n'entend pas crier dans son oreille.

Les vertiges sont plus rares, parfois spontanés, plus ordinairement provoqués par la marche. Au moment où ils se produisent, la vue se trouble un peu, et la titubation est plus apparente, mais il n'y a pas de chute. Si M... marche les yeux fermés, il est aussitôt entraîné à droite. La céphalalgie n'a pas reparu depuis un mois.

Le 28 mai, M. est conduit en tramway chez M. le Professeur agrégé Bordier. Il a fait à pied quelques pas en quittant la station, et il a eu à gravir un étage. Cet exercice ne lui a pas occasionné de fatigue, mais de l'embarras : il était un peu hésitant, écartait les jambes et vacillait même aux passages difficiles. Pourtant il est très heureux de cette sortie et se montre plus entreprenant dans ses exercices des jours suivants.

Le 40 juin, pas de changement appréciable. M... passe ses journées à lire ou à jouer aux dames avec ses voisins de salle. Il dit qu'il entend de mieux en mieux le bruit des pas, les chocs même légers au parquet, à son lit, à la table, et le bruit de la rue quand il se met à la fenêtre. Il entend le roulement des tramways et il n'entend pas les avertissements de la trompe. Il ne souffre jamais. Les vertiges et les bourdonnements disparaissent progressivement.

Le 28 juin, nouvelle visite au cabinet de M. Bordier. Les progrès paraissent très nets quand on regarde M... marcher dans la rue.

Le 4 juillet, M., qui, depuis trois semaines déjà, rend des services aux infirmiers, va avec l'un d'eux, à la cave, porter une caisse. En descendant l'escalier dans l'obscurité, il est pris d'un vertige et doit s'appuyer au mur pour ne pas tomber. Il s'assied sur une marche et n'ose pas continuer la descente. L'arrivée de l'infirmier qu'il accompagne le rassure, et il continue la descente seul, en touchant quelquefois le mur. Débarrassé de la caisse, il remonte aussi ; mais il ne se sent sûr de lui qu'au grand jour. Il ne peut donner d'autre explication sur son vertige : « c'était comme au commencement de sa maladie » ; il se demande même s'il n'a pas trébuché avant d'avoir le vertige.

Le 14 juillet, M... entend le canon. En réalité, c'est plutôt un ébranlement qu'il a perçu d'abord. Au premier coup, il a demandé « qu'est-ce que c'est ? » ensuite seulement il a pu identifier ses impressions avec ses souvenirs de manœuvres.

Le 20 juillet, on vérifie les diverses constatations déjà faites, on en ajoute quelques autres : M., ayant une plaque de carton entre les dents, perçoit très bien un léger frottement de cette

plaque, mais point du tout un bruit produit à très faible distance de cette plaque. Il n'entend pas sa propre voix. On le prie de chanter, il s'y décide avec peine, disant qu'il n'a jamais beaucoup chanté ; il entonne cependant la chanson de marche « Meunier, tu dors... », la voix est atrocement fausse, l'air serait méconnaissable sans les paroles... Quand on place successivement, sur sa mastoïde, deux diapasons de tonalité très différente, M. ne semble pas tout d'abord distinguer l'un de l'autre. On lui demande d'imiter une grosse cloche et une petite, — il fait « toun, tine » — et d'annoncer en répétant ces mots chaque diapason : il ne se trompe pas ; mais il lui est impossible de mettre sa voix même très approximativement à l'unisson des diapasons.

M... sort le 22 juillet avec un congé de convalescence de trois mois. Cette convalescence ayant été prolongée, M... revient seulement au mois de janvier 1901.

*Etat actuel le 26 janvier.*

La santé générale est excellente (taillé 1 m. 67, poids 61 kilogrammes) et le sommet droit qui avait paru suspect l'an dernier, respire largement. La transparence radioscopique est parfaite.

Les troubles anciens sont peu modifiés. M... raconte que les troubles de l'équilibration subsistent encore à son départ ont progressivement et totalement disparu pendant les premières semaines de son congé, puis tout est resté stationnaire.

M... n'a plus ni malaise, ni vertige, ni douleur. Il n'a pas de sensation de plénitude ou de vide dans la tête. Même les yeux fermés, il marche droit et sans hésitation, il fait demi-tour très aisément, il tourne plusieurs fois sur lui-même, il se tient sans vaciller sur ses pieds joints, sur un seul pied. Bref, son attitude et sa démarche sont absolument correctes.

*Examen de l'oreille (1).*

Troubles subjectifs. Depuis six mois, M. n'a eu ni bourdonnements, ni sifflements, il n'a pas entendu des bruits ou de voix, comme il en entendait parfois aux premiers jours de sa maladie. Rarement il entend dans ses rêves.

L'audition pour la parole est nulle, même si l'on crie, si l'on hurle dans ses oreilles. Il commence à comprendre la parole par le mouvement des lèvres et il suit assez facilement une conversation en patois sur un sujet banal ; il saisit moins bien le français.

(1) Voir A. LUZZATI. — Sur la perception osseuse de la montre dans le diagnostic des affections de l'oreille. *Ann. des mal. de l'oreille*, octobre 1897.

S'il tient entre ses dents une mince plaque de métal ou de carton, il entend seulement un bruissement vague et ne comprend rien. Il perçoit certains bruits, un pas derrière lui, un choc léger sur la tablette de son lit, mais peu nettement : il n'oriente pas du tout, et il n'analyse pas : il ne peut dire si le choc vient d'un doigt ou de la fourchette ; il ne semble apprécier que l'intensité du choc. Il dit qu'il entend le roulement d'une voiture sur un sol dur et caillouteux, non sur un sol mou : le roulement du train qui passe ne lui parvient qu'à une faible distance. En voiture ou en chemin de fer, il n'entend pas mieux.

La montre, quelle que soit sa dimension, est toujours muette pour lui, même appliquée sur la conque ou sur la mastoïde. — Il n'entend pas un fort coup de sifflet donné contre son oreille.

Le diapason vibrant sur le bregma est perçu comme un frémissement et comme un son, dont la voix imite à *peu près* la tonalité. Le bruit n'est pas latéralisé. M... continue à entendre le diapason quand on le porte sur les autres points de la boîte crânienne, sur le menton, sur le sternum, sur le coude. La distance n'affaiblit pas la sensation, mais le bruit s'éteint si on place le diapason sur des parties molles. Si on interpose le manche d'une fourchette entre la mastoïde et le diapason, le bruit est renforcé. Si le diapason vibre sur un tube de caoutchouc adapté à l'oreille, M... l'entend peu ou pas, c'est un simple frémissement. S'il vibre au milieu d'une tige de cuivre reliant l'oreille de M... à l'oreille d'une personne saine, le bruit cesse deux fois plus vite pour M... que pour la personne saine. La sensation ne renaît pas si, après que M... a cessé d'entendre le diapason appliqué sur ses mastoïdes, on le retire pour l'appliquer de nouveau. Si la poire de Politzer est appliquée à son oreille, M... entend moins au moment où l'air est refoulé, il entend moins quand on décomprime la poire. Quand on bouche l'oreille avec le doigt du côté du diapason, le bruit semble se renforcer ; il n'y a pas de modification quand on bouche l'oreille opposée ou quand on refoule de l'air dans cette oreille avec la poire. La pression et la dépression opérées sur le tympan par la poire de Politzer ne causent aucune sensation désagréable.

M. le médecin-major Batut a bien voulu compléter cet examen avec le speculum de Siegle : les changements de pression modifient assez lentement la pointe du triangle lumineux. L'audition brusque du diapason produit cette modification à un très faible degré si elle la produit : la modification produite par la déglutition est plus nette.

L'oreille externe et le méat auditif de M... sont bien conformés



des deux côtés. La sensibilité est intacte jusqu'au tympan inclusivement, il n'y a aucune lésion apparente des parties de l'appareil auditif accessibles à l'examen.

*Examen de l'œil.* — L'acuité visuelle est à peu de chose près normale. Pas de troubles de la motilité oculaire. Pas de nystagmus. La pupille réagit nettement à la lumière et dans l'accommodation. Le champ visuel n'est pas rétréci. Parmi les couleurs, le bleu et le jaune sont nettement distingués, le rouge et le vert moins nettement. A l'ophtalmoscope, les papilles ont paru saines sauf un vaisseau signalé comme un peu trop saillant et tortueux du côté externe de la papille gauche.

L'olfaction, la gustation, la mobilité de la face et de la langue, la sensibilité de ces mêmes parties sont entièrement normales.

Dans les autres régions, le système nerveux ne présente aucun trouble de la sensibilité ou de la motilité; les réflexes notamment sont normaux.

Il n'y a pas d'albuminurie, pas de glycosurie.

L'examen de ce malade a été complète en ce qui concerne les *réactions électriques*, grâce à l'extrême obligeance de M. Bordier qui a bien voulu les explorer à trois reprises dans son cabinet :

|  | 28 mai 1900 |     | 28 juin 1900 |      | 28 janvier 1901           |       |
|--|-------------|-----|--------------|------|---------------------------|-------|
| (L'Unité est le milliampère)                   | dr.         | g.  | dr.          | g.   | dr.                       | g.    |
| KaF . . . . .                                  | 0,2         | 0,5 | 0,1          | 0,15 | 0,25                      | 0,2   |
| KaO . . . . .                                  | »           | »   | »            | »    | 0,75                      | » (1) |
| AnF . . . . .                                  | 0,4         | 0,9 | 0,4          | 0,7  | 0,5                       | 2,5   |
| AnO . . . . .                                  | »           | »   | »            | »    | 0,25                      | 0,5   |
| (L'excitation n'a pas dépassé 2 milliampères). |             |     |              |      | (1) Avec 10 milliampères. |       |

Le malade ne sachant pas définir la sensation éprouvée, même par une simple comparaison (clochette, cigale, etc.), — il dit seulement : « j'entends ! » — la seule conclusion à tirer de cette recherche est l'hyperexcitabilité manifeste du nerf auditif (1).

Pour cet examen les électrodes avaient été placées sur la nuque d'une part et d'autre part dans le méat de l'oreille explorée.

(1) Sur ce point de séméiologie, voir : COLLET, Les troubles auditifs du tabes et la réaction électrique du nerf auditif (*Th. de Lyon*, 1894); — GRADENIGO, Sur l'importance pratique de l'examen électrique du nerf acoustique dans le diagnostic des affections auriculaires (*Ann. des mal. de l'oreille*, 1899, XXV, 1, p. 262).

Le courant galvanique passant d'une oreille à l'autre avec une intensité de 0 à 17 milliampères, et plusieurs fois interrompu on renversé, ne provoque aucune sensation vertigineuse, mais le malade trouve l'application de plus en plus douloureuse, et cherche à se débarrasser des électrodes.

Deux faits résument cette observation : au début, syndrome de Ménière complet avec fièvre ; après quelques prodromes infectieux assez vagues. La fièvre tombe, les accidents vertigineux disparaissent, en un mot la guérison se fait, mais avec un reliquat : la surdité bilatérale.

L'interprétation est difficile.

Les données fournies par l'examen à de la discussion se réduisent à ceci : il n'y a pas de lésion des oreilles ; il faut mettre hors de cause l'appareil de transmission et l'appareil de réception. Il y a une lésion des voies acoustiques.

L'hystérie cause une surdité qui a été bien étudiée dans l'armée. Ici, on doit l'exclure. Cette exclusion est motivée moins par l'absence de manifestations convulsives ou de stigmates (puisque cette surdité hystérique est une des formes de l'hystérie monosymptomatique), que par les résultats de l'analyse symptomatique, et, tout spécialement, par les caractères de la réaction galvanique du nerf auditif : l'hyperexcitabilité affirme une lésion de la huitième paire elle-même ou de ses origines.

La névrite acoustique, elle aussi, a été étudiée par les médecins militaires. C'est nécessairement à elle que l'on pense tout d'abord en pareil cas. Il y fallait songer d'autant mieux que les oreillons <sup>(1)</sup> régnaient dans la garnison de Lyon au moment où M... entra à l'hôpital, et que son régiment n'était pas indemne. Les oreillons, il est vrai, ne figurent à aucun degré dans les préliminaires de l'épisode dramatique au cours duquel la surdité du malade s'est constituée ; mais il eût été intéressant de considérer cette névrite comme un cas larvé d'infection ourlienne. Les caractères de la douleur, la marche

(1) G. LEMOINE et M. LANNOIS. — De la surdité complète unilatérale ou bilatérale consécutive aux oreillons, *Rev. de méd.*, 1883, p. 743 ; — GALLAVARDIN. Complications nerveuses des oreillons, *Rev. crit., gaz. des hosp.*, 1898, p. 1329.

peu franche de la température, l'instantanéité de la cophose, surtout l'état de la papille, s'opposaient à cette interprétation déjà un peu paradoxale. Il fallait rejeter cette névrite, comme les autres variétés étiologiques de névrite pour chercher plus haut sur le trajet des voies acoustiques.

La traversée des méninges n'est pas la partie suspecte de ce trajet. La syphilis étant éliminée, admettrait-on une méningite altérant les deux branches de la huitième paire et respectant la septième avec l'intermédiaire de Wrisberg ? Cela est possible à la rigueur, mais la partie vestibulaire suivrait le sort de la cochléaire. L'examen ophtalmoscopique, l'absence du signe de Kernig, la marche de l'affection, l'étroite localisation, la trop faible atteinte des fonctions psychiques ont fait repousser cette idée de méningite diffuse promptement régressive.

Le bon état de l'intelligence et la vaine recherche d'autres troubles psycho-moteurs ou sensoriels repoussaient de même une tentative d'explication par une lésion cérébrale. La surdité, en effet, avec le syndrome labyrinthique même, a dépendu parfois d'une lésion hémisphérique ; or, chez M..., la parésie qui a prédominé un moment dans le côté droit excusait quelque incertitude.

C'est en définitive sur la zone de l'encéphale, le plus ordinairement suspecte en cas de surdité d'origine centrale, qu'il fallait se rejeter, sur le cervelet et sur ses abords.

L'intervention du cervelet est rarement directe, comme dans le cas douteux de Arndt (sclérose du cervelet et sclérose secondaire de la moelle allongée) <sup>(1)</sup> ou dans certains abcès cérébelleux dont la symptomatologie ne se réduit guère à la surdité. Le plus habituellement, un néoplasme du cervelet suspend le fonctionnement des voies auditives en les comprimant sur un point du bulbe ou de la protubérance. Si le bulbe est comprimé, les racines dissociées et étalées du rameau cochléaire sont les premières atteintes ; mais les sixième et septième paires, et les suivantes sont trop voisines pour échapper, elles manifestent leur gêne ou leur irritation par des signes propres

(1) MAX ARNDT. — Zur pathologie des Kleinhirns, *Arch. f. Psychiatrie*, 1894, XXVI, Bd, p. 404.

qui compliquent le tableau clinique et simplifient le diagnostic<sup>(1)</sup>. Cependant, les exemples de lésion des seules racines de l'auditif ne sont pas tout à fait rares.

Une jeune fille, présentée par Raymond dans sa leçon du 4 décembre 1896, était devenue sourde ainsi. L'histoire de M... pourrait, sans beaucoup de corrections, être superposée à la première partie de l'histoire de cette jeune fille. Pourtant chez M..., l'évolution rapide et régressive de tous les accidents, sauf la surdité, font supposer une compression moins forte, plus localisée encore qu'elle ne l'était chez la malade de Raymond : la masse tuberculeuse, largement étalée sur les pédoncules cérébelleux inférieurs, écrasait les stries acoustiques. M... ressemble davantage encore à un malade de Schede qui, progressivement, était arrivé en deux ans à un état caractérisé par la céphalée, les vertiges, la titubation, la surdité presque absolue et la cécité par stase papillaire. L'extirpation d'une tumeur grosse comme une prune, qui occupait l'hémisphère cérébelleux droit, amena la guérison complète<sup>(2)</sup>.

Ces exemples autorisent à invoquer pour M... une localisation analogue. On admettrait ainsi une tumeur ayant son point de départ quelque part en arrière du quatrième ventricule, son point d'arrivée sur les barbes du calamus.

Il n'est pas inutile toutefois de remarquer que les voies acoustiques sont encore accessibles aux tumeurs cérébelleuses, un peu plus haut, au niveau des tubercules quadrijumeaux postérieurs, ou mieux immédiatement en arrière de ces tubercules. Toutes les fibres qui établissent la correspondance entre l'écorce et les deux oreilles sont rassemblées<sup>(3)</sup> ; elles peuvent être lésées<sup>(4)</sup> sans que la quatrième paire le soit.

(1) Voy. COZZOLINO. — *Loc. cit.*, LEWIG BRUNS. Zur differentiellen Diagnose zwischen der Tumoren der Vierhügel und des Kleinhirnes, *Arch. f. Psychiatrie*, 1894, XXVI, Bd, p. 298, et les mémoires de G. ILBERG et de E. WEINLAND, qui suivent immédiatement dans le même volume.

(2) P. BONNIER. — La paracousie. Sur une forme particulière du signe de Weber, *Ann. des mal. de l'oreille*, 1899, p. 440.

(3) MAX EGGER. — La perception de l'irritant sonore par les nerfs de la sensibilité générale, *Soc. de biol.*, 29 juill. 1898.

(4) A. A. GRAY. — Un cas de tumeur de la moelle causant la surdité et d'autres accidents, *Ann. des mal. de l'oreille*, 1899, p. 500.

On ne saurait pousser plus loin les probabilités du diagnostic topographique.

Le diagnostic étiologique est moins douteux. La tuberculose seule donne une explication satisfaisante de la fièvre d'abord, puis de cette fausse apyrexie à oscillations irrégulières qui s'est poursuivie pendant trois semaines. L'invasion subite et la guérison ne contredisent pas à cette hypothèse, que la ponction de Quinke aurait pu contrôler : la prompte atténuation des accidents empêcha de la pratiquer.

S'agissait-il d'un tubercule solitaire ou d'une petite masse de tubercules méningés confluents ? On a le choix dans cette région entre ces deux formes anatomiques de la tuberculose ; mais il n'y a aucune raison de retenir l'une plutôt que l'autre. Tout ce qu'on peut dire est qu'il s'agissait d'une lésion très limitée agissant à la manière d'un néoplasme.

On voit en somme que ce qui reste acquis après cette discussion se réduit à peu de chose : il y a une lésion des voies acoustiques au delà des noyaux bulbaires et la portion vestibulaire de la huitième paire n'est pas en cause.

Sur ce dernier point, l'histoire de M... a son intérêt théorique. Le mode de transmission des sensations paracousiques n'est pas encore déterminé exactement, malgré des recherches récentes. A la théorie de leur trajet vestibulaire <sup>(1)</sup>, on oppose la possibilité d'une intervention des conducteurs de la sensibilité générale <sup>(2)</sup>. Le ruban de Reil n'a paru compromis à aucun moment chez M... : toujours sa sensibilité fut normale. On ne voit pas bien comment ces conducteurs normaux se sont mis si tard à exercer cette sorte de suppléance ; on comprend mieux que le rameau vestibulaire, d'abord lésé, ait repris peu à peu de l'activité, et récupéré notamment les fonctions baro-esthésiques et sismesthésiques.

L'exploration électrique qui a été si utile pour établir le fait d'une lésion intra-crânienne a par contre soulevé des difficultés au sujet du siège de cette lésion. Quelle est la nature de la sen-

(1) RAYMOND. — Leç. sur les mal. du syst. ner., 3<sup>e</sup> série, p. 77 et 229.

(2) SCHEDE. — Zwei Faelle von Kleinhirntumore. — Niederrhein. Gesells. f. Natur. und Heilkunde, 22 janvier 1900, *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1900, p. 477.

sation éprouvée par le malade dont on galvanise le nerf auditif ? Est-elle véritablement un son, en d'autres termes, est-elle le fait d'une excitation transmise par le nerf auditif ; c'est alors que les voies acoustiques sont restées perméables en parties ? Est-elle d'ordre labyrinthique, c'est donc que la branche vestibulaire traduit autre chose que les vibrations mécaniques ? Est-elle au contraire centrale, est-ce l'encéphale qui est excité, alors pourquoi l'hyperexcitabilité de ces malades ?... D'autre part, si, dans des cas de ce genre, le nerf labyrinthique est relativement épargné, comme cela semblait probable ici, comment se fait-il que la galvanisation du crâne d'une oreille à l'autre n'ait pas produit la sensation vertigineuse habituelle ?

L'aveu de ces difficultés justifie les regrets exprimés au début de cet article au sujet des lacunes et des incertitudes de la séméiologie de l'oreille interne.

---

## UN CAS DE LABYRINTHITE SYPHILITIQUE SECONDO-TERTIAIRE. GUÉRISON

Par **CROUZILLAC** (Toulouse.)

Si la syphilis héréditaire et ses manifestations font le désespoir des auristes, parfois les accidents de la syphilis acquise, bien que tenaces et rebelles au traitement, sont susceptibles de guérison.

Il nous a été donné d'observer un cas de labyrinthite (secondo-tertiaire) chez un homme de 43 ans et d'en obtenir la guérison ; il nous a paru intéressant de publier cette observation détaillée.

OBSERVATION. — Monsieur B..., 43 marié, père de famille, commerçant très actif et très surmené, s'aperçoit, le 23 juin 1900, qu'il est porteur d'une petite érosion sur la verge. Il n'attache pas d'importance à ce bobo, (c'est son expression) qui guérit rapidement grâce à quelques soins de propreté (lavages à l'eau boricuée).

Vers le 15 août, légère douleur à la gorge, sensation de brûlure, dysphagie.

Après avoir constaté une roséole d'intensité moyenne et quelques plaques au niveau de l'isthme, le médecin de la famille institue un traitement spécifique (protoiodure) que le malade suit pendant une vingtaine de jours.

Le mal à la gorge, seule manifestation gênante ayant disparu, B... abandonne tout traitement.

Vers le 15 ou le 20 novembre 1900, il a des maux de tête, qui l'empêchent de dormir, il devient irritable, quand il marche le bruit de ses pas lui paraît plus fort qu'auparavant, son talon frappe le sol d'une façon qui l'incommode, il éprouve dans ses jambes des sensations anormales qu'il ne saurait décrire. Son in-

telligence s'affaiblit, au point qu'il ne peut plus vaquer à ses occupations, son audition diminue, il a quelques légers vertiges, quelques nausées, la marche devient de plus en plus difficile, il chancelle et est obligé de se faire accompagner.

Le 2 décembre 1900, à son réveil il n'entend plus ce qu'on dit, à moins qu'on ne cause à très haute voix. Au saut du lit violente crise de vertige qui bien que s'atténuant un peu ne le quitte plus, mais présente des moments d'exacerbation et de répit, violents bourdonnements d'oreilles.

L'insomnie nocturne persiste, il y a un peu d'excitation cérébrale et de loquacité, la parole devient difficile, traînante, ses yeux prennent une expression spéciale qui effraie la famille et lui fait craindre une démence prochaine.

5 décembre 1900. — L'habitus du malade nous frappe en le voyant. Ses jambes ploient sous le poids du corps, elles se meuvent avec une certaine difficulté, aussi s'avance-t-il péniblement s'appuyant sur une canne et le bras d'une personne. Les traits sont tirés, de coloration terreuse, exprimant la souffrance, l'alanguissement; les yeux sont propulsés en avant, brillants, son regard est fixe, hagard, ses pupilles légèrement dilatées (nous regrettons de ne pas avoir fait prendre le champ visuel, et fait pratiquer l'examen à l'ophtalmoscope). B... se nourrit mal, il n'a pas d'appétit, il entend difficilement la parole et se plaint surtout de ses vertiges, des bourdonnements.

*Examen.* — La perception osseuse est mauvaise, nulle ou a peu près. Le rinne est franchement positif, le diapason semble latéralisé à droite (le malade croit entendre un tant soit peu); la perception aérienne de la montre n'a lieu que du côté droit au contact et très faiblement.

L'examen de l'oreille ne nous révèle aucune altération pathologique soit du conduit, soit de l'oreille moyenne.

Rien au pharynx, à l'isthme, au nez: léger engorgement ganglionnaire de la chaîne correspondant au sterno-mastoïdien.

*Diagnostic.* — Étions-nous en présence d'un sujet porteur d'une affection aiguë du labyrinthe, ou d'une affection du cerveau? La syphilis était-elle la cause de ces troubles?

Nous n'avons pas hésité un seul instant à rattacher l'affection à cette cause.

Les renseignements fournis, certains symptômes observés (céphalalgie nocturne, phénomènes oculaires, facies, embarras de la parole, de la marche pouvaient sans doute nous faire penser à quelque chose de cérébral, mais nous devons nous souvenir que



notre malade était un surmené physique et moral, qu'à côté de ces symptômes, qui étaient loin d'être caractéristiques, il en existait d'autres d'une importance plus grande, qui étaient apparus les premiers : surdité absolue à marche lente d'abord, rapide ensuite, bourdonnements très intenses, vertige, nausées, facies terreux, traits tirés; que certains des premiers font partie du tableau des affections syphilitiques (céphalalgie, difficulté à la marche quand le labyrinthe est atteint), enfin que notre sujet était un syphilitique âgé, ayant contracté son affection tard.

Nous n'hésitons pas, écartant de ce chef toutes les affections aiguës du labyrinthe à diagnostiquer une labyrinthite syphilitique avec phénomènes cérébraux.

Avions-nous affaire à une manifestation secondaire ou tertiaire. Le point était délicat à résoudre : d'une part, l'accident primitif remontait à peine à cinq mois et demi, les manifestations secondaires avaient été très légères et très bénignes, M. B. était à l'âge et dans les conditions voulues pour rapidement faire du tertiarisme, de l'autre la syphilis secondaire du labyrinthe à des manifestations ressemblant beaucoup à celles des accidents tertiaires.

En l'espèce nous avons cru nous trouver en présence d'accidents de la période de transition, dits secundo-tertiaires.

*Traitement.* — Sp. de Gibert, deux cuillerées à soupe. Iodure de potassium, 4 grammes.

Légers accidents d'iodisme deux jours après qui disparaissent avec facilité.

14 décembre. — Le facies du malade a déjà changé; l'hébétéude est moindre, les yeux sont moins propulsés, le regard moins hagard. Les bourdonnements, la surdité, le vertige n'ont pas diminué, la marche est toujours très difficile.

Frictions avec onguent mercuriel 4 grammes (cartouche).

Iodure de potassium 8, 10 grammes.

Injectons sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine, 4, 6, 8, 10 gouttes faites tous les jours et à dose progressivement croissante pendant douze jours.

Bain sulfureux deux par semaine.

18 décembre. — L'amélioration de l'état général persiste, les bourdonnements, les vertiges semblent moins violents, l'audition a fait de très légers progrès, la marche est moins pénible.

23 décembre. — Etat stationnaire sauf en ce qui concerne l'ouïe qui s'est améliorée du côté droit; affaiblissement des bourdonnements, des vertiges sauf le matin.

27 décembre. — L'amélioration a repris sa marche ascendante, B... est capable en s'observant de faire quelques pas, seul. Le facies est à peu près normal, les bourdonnements continuent à diminuer, l'audition à s'améliorer, surtout à droite.

Les sudations provoquées par les injections de chlorhydrate de pilocarpine fatiguent le malade et affaiblissant pendant une heure environ le pouvoir auditif, nous les suspendons.

4 janvier 1900. — B... a pu faire une promenade, il a marché environ 3 kilomètres s'appuyant sur sa canne sans ressentir de fatigue. Il a eu une crise de vertige à la suite d'un faux pas. Le mieux a continué. B... entend aujourd'hui bien de l'oreille droite, (0,80) moins bien de l'oreille gauche (0,53). Il existe encore quelques légers bourdonnements. Je remplace les frictions par le sp. de Gibert, je voulais diminuer la dose d'iodure, le malade préfère ne pas prendre de sp. de Gibert que de cesser l'usage de ce dernier.

Février 1901. — Le malade serait totalement guéri, s'il ne persistait encore quelques légères atteintes de vertige, apparaissant surtout après un peu de surmenage, il a repris ses occupations.

Interruption du traitement pendant trois semaines.

Avril. — En avril, une atteinte de grippe l'oblige à garder la chambre huit jours. Suspension du traitement jusqu'à sa visite en mai.

Mai. — Complètement rétabli notre malade a totalement repris ses occupations sans en éprouver la moindre fatigue.

Il a eu deux ou trois petites crises de vertige, l'une après une contrariété, les autres après un très violent surmenage.

Il continue le traitement.

Ce cas nous a paru intéressant à relater en raison :

1° De la rapidité avec laquelle l'affection s'est propagée et a envahi le labyrinthe.

2° Des troubles cérébraux concomitants qui avaient une sérieuse importance pronostique.

3° Enfin du résultat favorable obtenu.

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE DE NEW-YORK

*Séance du 28 novembre 1899* <sup>(1)</sup>.

*Président : C. J. KIPP.*

A. F. M. WILSON montre le temporal d'un cas de **leptoméningite d'origine otitique**, chez un homme de 42 ans, alcoolique et syphilitique, ayant contracté un refroidissement en mars 1899. Il éprouva des douleurs dans l'oreille droite et au bout de quelques jours l'oreille commença à couler. Durant le printemps et l'été la suppuration continua et le malade eut cinq ou six crises de céphalée droite violente. W. le vit pour la première fois le 9 septembre, il était couché depuis quatre semaines avec des maux de tête, de la difficulté à parler, de la raideur du cou, pas de névrite. Température, 101°. Perforation de la membrane de Shrapnell du côté droit. Agrandissement de la perforation et douche tiède toutes les heures. Le 12 septembre, le malade est dans un état semi-comateux. Opération ; l'antre renfermait du pus, mais pas de granulations ni d'os nécrosés et il n'existait aucune communication apparente avec la cavité tympanique. Curettage de l'antre. Le lendemain, la température tomba et la douleur cessa ; mais l'état du malade s'aggrava et il s'éteignit dans le coma. A l'autopsie on trouva une leptoméningite de la base du cerveau et du lobe cérébelleux droit avec un petit abcès. Caillot dans le sinus latéral droit. La dure-mère, sur la surface supérieure du temporal, était saine, excepté à la jonction pétro-squameuse, où il existait une ouverture remplie de pus. La perforation tympanique était cicatrisée.

*Discussion.*

TREPLITZ demande l'état des réflexes et des nerfs optiques.

WILSON. — On n'a pas fait l'épreuve des réflexes ; il n'y avait pas de papillite.

<sup>(1)</sup> D'après le compte rendu d'Alderton, in *Arch. of. otol.*, février 1900.

WHITING compare ce cas avec un abcès cérébelleux qu'il a observé.

2. G. BACON. — **Sarcome du conduit auditif externe.** — Femme de 50 ans, venue consulter pour des bourdonnements et de la surdité. A l'examen on trouva une tumeur envahissant le conduit externe et attachée par un pédicule à la paroi postérieure cartilagineuse du conduit. Pas d'altération de l'oreille moyenne. Excision suivie de guérison. A l'examen microscopique, on reconnut un sarcome.

3. A. DUANE. — **Otite moyenne et interne produite par une explosion.** — Un quartier-maitre du *Texas* eut, six mois avant la guerre hispano-américaine, une otite moyenne suppurée aiguë qui guérit. Au cours du bombardement il fut saisi par le bruit d'une explosion et devint instantanément sourd ; cette surdité disparut par la suite dans l'oreille saine, mais elle persista du côté lésé. La nuit, il y avait un écoulement. Un an après D. constata une petite rupture à la jonction avec le conduit membraneux, envahi par le pus. Surdité complète à toutes les épreuves.

4. COWEN. — **Surdité transitoire et plénitude hémilatérale de l'oreille.** — Symptôme fréquent lorsqu'on parle et amélioré par la pression sur le tragus. A part ce fait, l'audition était normale. Ouverture constante de la trompe d'Eustache. Pas de bourdonnements. Le traitement demeura inefficace. C. attribue cet état au relâchement du tympan qui touche l'étrier ; les tractions sur le tragus écartent la membrane et apportent du soulagement.

5. T. P. BERENS. — a) **Vaccination accidentelle du conduit auditif externe.** — Frissons, fièvre et induration autour de l'oreille. Diagnostic par exclusion. Examen microscopique négatif.

b) **Tinnitus** de nature pulsatile. La pression sur les vaisseaux sanguins cervicaux ne déterminait pas d'amélioration, mais le tinnitus s'exagérait quand on cessait la pression.

6. J. L. ADAMS. — **Insufflation d'air tiède à travers la trompe d'Eustache.** — L'auteur a été très satisfait de cette méthode ; il se sert d'un récipient contenant de l'eau chauffée par un courant électrique.

*Discussion.*

BACON désire savoir si les bourdonnements et l'audition sont favorablement influencés par ce traitement.

ADAMS répond affirmativement.

ALBERTON a vu récemment un appareil imaginé par le Dr Houghton, de New-York, dans lequel l'air est chauffé directement par le courant électrique.

ADAMS a employé cet instrument sans succès. On ne peut régler la température.

7. R. LEWIS. — **Surdité provoquée par un coup de feu.** — Marin qui reçut dans le côté droit du visage une décharge d'artillerie ; il tomba sans connaissance et, lorsqu'il recouvra ses sens, il lui était impossible de marcher seul. Le lendemain, on constata une hyperémie prononcée de la membrane tympanique droite avec abolition totale de l'audition de ce côté. A gauche, le pouvoir auditif était réduit de moitié. Le malade fut mis à la diète et pendant quarante-huit heures on lui administra, trois fois par jour, une solution renfermant 10 grains d'acétate de potasse et 20 grains de bromure de sodium ; du troisième au quatrième jour, il absorba, quatre fois par jour, une solution renfermant 10 grains d'acétate de potasse et 15 grains d'iodure de potassium. Du sixième au douzième jour, il prit trois fois par jour 1/8 de gramme de chlorhydrate de pilocarpine. On ordonna aussi des cathartiques doux. Le seizième jour, le malade percevait la voix à la distance d'un pied à droite et l'ouïe était presque normale du côté gauche. Le malade étant très faible, on suspendit la médication et on la remplaça par le fer et la strychnine. Le dix-septième jour, il put se lever et, le dix-neuvième, sortir pendant une heure ; il partit définitivement le vingtième jour. L. n'a jamais revu le malade, mais il a appris deux ans plus tard, par son frère, qu'il était devenu fou quelques mois après l'accident et qu'il mourut au bout de dix-huit mois.

8. GRUENING. — **Mastôidite aiguë avec symptômes herpétiques** le long de la troisième branche du tympan. Ce cas est le troisième observé par l'auteur ; les deux autres malade succombèrent. Tous eurent une température très élevée et des céphalées frontales. A l'opération du dernier cas, on découvrit une destruction mastôidienne très étendue, peu de tissu granuleux dans l'oreille moyenne et dans l'antre. La douleur céda sous l'influence d'ap-

plications tièdes. Huit jours auparavant, l'intervention avait été proposée au malade par le Dr Whiting, mais elle avait été repoussée.

*Discussion.*

WHITING dit que le malade était venu le consulter quinze jours avant pour une otite moyenne suppurée aiguë, il entra à l'hôpital et y resta quatre jours. L'écoulement était insignifiant. Après l'emploi du rouleau de glace pendant trente-six heures, la sensibilité céda et le malade quitta l'hôpital ; il y revint pour des douleurs mastoïdiennes, c'est alors qu'on lui offrit l'opération qu'il refusa.

ADAMS attribue l'apparition de l'herpès à l'usage du réfrigérant.

*9. Discussion sur le traitement réfrigérant des mastoïdites.*

GRUENING a abandonné ce procédé et préfère les applications tièdes.

ADAMS a confiance dans le rouleau de glace qui évite beaucoup d'interventions.

BACON emploie le rouleau de glace, mais il le trouve dangereux dans les cas de suppurations, surtout dans les infections streptococciques. Il a évité bien plus d'interventions par l'application judicieuse des réfrigérants que par les procédés tièdes. Dans les cas de mastoïdite simple aiguë, le rouleau de Leiter constitue le meilleur mode de traitement après l'incision du tympan.

COWEN partage les idées de Bacon ; le rouleau de glace devra être appliqué pendant un laps de temps limité au début, puis suspendu au bout de trente-six heures.

GRUENING préfère de beaucoup la médication tiède.

ADAMS lui demande sous quelle forme il l'applique.

GRUENING remplit un sac de caoutchouc d'eau bouillante, puis il le recouvre avec deux ou quatre serviettes. Au fur et à mesure du refroidissement, on enlève successivement les serviettes, de manière à maintenir la température égale pendant un certain temps.

BERENS croit à l'influence de la chaleur, mais il préfère l'humidité.

FRIEDENBERG croit que la glace enraye l'inflammation des parties les plus superficielles et la propage au fond, mais elle peut quand même rendre service dans certaines occasions.

GRUENING trouve la méthode réfrigérante dangereuse et la médication tiède inoffensive.

---

Séance du 23 janvier 1900.

1. J. L. ADAMS. — **Abrasion de la jugulaire pour une thrombose du sinus latéral.** — L'opération dura une heure et demie et le malade guérit rapidement malgré la complication d'une pleurésie qui nécessita la thoracentèse.

2. H. KNAPP montre la moitié gauche d'un cerveau atteint d'**abcès du lobe temporal**, provenant d'une fillette de 12 ans, otorrhéique depuis l'enfance et atteinte, depuis quatre semaines, de céphalée, de nausées et de vomissements. Le 17 décembre 1899, elle eut des convulsions pendant six heures et tomba en syncope. K. la vit en consultation et observa une suppuration auriculaire modérée avec gonflement et sensibilité de la mastoïde. Pas de névrite optique; acuité et champ visuel normaux, quoique l'aphasie amnésique optique soit prononcée. Diagnostic : *carie mastoïdienne profonde, abcès épidual et cérébral avec méningite incipiente.* Opération d'urgence. Nettoyage de la mastoïde cariée. Ouverture de la fosse crânienne postérieure, dénudation de la dure-mère et du sinus sigmoïde. Abrasion de la paroi postérieure du méat, attique bourrée de cholestéatôme, excision du plancher de l'attique carié et nécrosé. Dans la fosse crânienne médiane, à la partie postéro-inférieure, on voit une tache ronde noirâtre de 3 à 4 millimètres de diamètre, avec une petite perforation au centre, à travers laquelle on insère une sonde qui pénètre à une profondeur de 4 à 5 centimètres dans le cerveau sans éprouver nulle résistance et sans donner issue à du sang ni à du pus.

Vu l'existence d'un abcès du lobe temporal, K. interrompit l'opération afin de le localiser d'une manière plus certaine. Pendant deux jours, la malade éprouva un réel soulagement, s'exprima aisément et nomma correctement les objets qu'on lui montrait. Pendant la troisième nuit, elle eut des maux de tête et des vomissements, le pouls tomba à 60; température oscillant entre 99 et 102. La quatrième nuit fut bonne, le cinquième jour, la malade se sentit parfaitement bien. K. conseilla de pratiquer le lendemain une nouvelle intervention qui fut acceptée, mais la malade mourut subitement dans la soirée.

A l'autopsie on trouva un énorme abcès du lobe temporo-sphénoïdal ouvert dans le ventricule latéral. La capsule était dense, mais couronnée de substance cérébrale ramollie. Le ventricule gauche contenait la même substance et la cavité abcédée était remplie de pus.

*Discussion.*

BACON. — Le pus était-il épais ?

KNAPP. — Non, il était fluide et grumeleux.

BACON. — Chez un de mes malades, le pus était si épais qu'on dut l'évacuer par des lavages.

KNAPP. — Le tissu ramolli explique l'aphasie optique.

GRUENING pense que l'aphasie optique est l'indice d'un abcès postérieur. Pourquoi le Dr Knapp n'a-t-il pas fait l'aspiration.

KNAPP. — L'évolution du mal a prouvé que l'abcès aurait dû être ouvert lors de la première intervention. En tout cas il préfère l'incision à l'aspiration bien délaissée aujourd'hui.

KIPP dit que Macewen emploie une canule à extrémité mousse.

DENCH trouve le bistouri préférable. On perd du temps avec l'aspirateur et la canule et l'incision permet la palpation.

GRUENING comprend que Dench introduit son doigt dans le crâne avant d'avoir trouvé l'abcès.

DENCH. — Oui, après avoir pratiqué une petite incision au bistouri.

GRUENING se sert de l'aspirateur préalablement au couteau.

DENCH. — Le temps est précieux, c'est pourquoi j'emploie le bistouri.

3. C. H. MAY. — **Abcès du lobe temporo-sphénoïdal.** — Aucune altération mastoïdienne, excepté l'éburnation. L'attique était remplie de pus et de cholestéatome. Malgré l'évacuation de l'abcès, la malade succomba le lendemain de l'opération ; elle s'était présentée trop tard pour qu'on pût espérer la sauver.

*Discussion.*

KIPP. — La dure-mère était-elle décolorée ; n'existait-il aucun trajet entre le tegmen et l'abcès ?

MAY. — Non.

KIPP. — Souvent, quand on retire le cerveau, la dure-mère n'offre pas de décoloration, mais après avoir séjourné un peu dans l'alcool, elle se décolore.

J. L. ADAMS. — Si j'ai bien compris, le Dr May dit que le pus provenant du cerveau est toujours fétide.

MAY. — Pas toujours, mais souvent.

BACON. — Le Dr May a-t-il pénétré dans l'antre ?



MAY. — Non, puisqu'on avait diagnostiqué un abcès cérébral.

BACON. — Il existe presque toujours une petite ouverture malaisée à découvrir dans le tegmen.

GRUENING croit que le tegmen du malade de May était perforé.

MAY. — Oui, mais il n'existait aucune communication avec l'abcès.

KIPP. — Les neurologistes trouvent que les auristes perdent trop de temps pour l'intervention préliminaire; ils prétendent qu'il faut d'abord ouvrir l'abcès et ensuite pratiquer l'opération radicale.

J. L. ADAMS a vu traiter deux cas de cette façon pour lesquels on avait commis des erreurs de diagnostic, on avait affaire à des thromboses des sinus.

DENCH est d'avis d'ouvrir largement le crâne afin de découvrir toutes les régions devant être explorées.

WHITING a soigné, il y a deux ans, un abcès sous-dural, consécutif à une otite moyenne suppurée aiguë sans perforation; le malade était dans le coma. Ouverture du crâne, découvrant le tegmen autri, l'aditus et le tympan. Pas de fistule. Evacuation du pus de la dure-mère. Exploration cérébrale négative au bout de vingt-quatre heures, leptoméningite suivie de mort. A l'autopsie, on trouva un trajet fistuleux.

4. A. H. KNAPP montre le **temporal** d'un homme de 30 ans, décédé dans un hôpital New-Yorkais. Le sinus sigmoïde contenait un **thrombus pariétal** complet; une portion de la fosse sigmoïdale et la paroi durale adjacente du sinus étaient altérées et couvertes de granulations; hypertrophie de la mastoïde bourrée de cholestéatôme; abcès sous-dural sis à la face postérieure de la pyramide pétreuse à l'intérieur du sinus. Le malade ne fut pas opéré et succomba aux suites d'une pneumonie septique et d'un empyème aigu.

5. QUINLAN. — **Abcès rétro-auriculaire suivi de mort subite.** — A l'opération classique, on trouva du pus dans la mastoïde. Antre très vaste, envahi par le tissu granuleux. Au bout de deux heures l'enfant mourut subitement. Pas de lésion cardiaque. L'autopsie fut refusée.

*Discussion.*

FRIEDENBERG. — A-t-on examiné le fond de l'œil?

QUINLAN. — Non.

GRUENING a vu récemment un enfant de 5 ans, porteur d'un

abcès rétro-auriculaire. Opération classique. Dure-mère ramollie ; fistule ; abcès cérébral. L'évacuation de l'abcès sauva l'enfant.

KIPP. — Se servit-on d'éther ou de chloroforme ?

QUINLAN. — D'abord de chloroforme, puis d'éther.

DENCH croit que les morts subites sont fréquemment provoquées par la rupture de l'abcès dans le ventricule latéral.

BERENS demande si on n'a pas eu affaire à une embolie ?

DENCH. — On ne connaît pas d'exemple de ce genre.

BERENS. — Ils se présentent dans la chirurgie générale.

DENCH. — Oui.

WILSON. — Dans un cas d'abcès rétro-auriculaire, le pus se trouvait en dehors du périoste et non au-dessous.

DENCH. — Peut-être s'agissait-il d'un abcès furonculaire ordinaire. La tuméfaction rétro-auriculaire est plutôt l'indice de la furunculose, que de la mastoïdite, sauf chez les enfants.

6. GRUENING revient sur la **mastoïdite accompagnée d'herpès** dont il a parlé à la dernière réunion. Le malade succomba à une méningite.

### SOCIÉTÉ HONGROISE D'OTO-LARYNGOLOGIE

*Séance du 25 mai 1899 (1).*

*Président : V. NAVRATIL*

*Secrétaire : L. POLYAK*

1. H. ZWILLINGER. — **Formation de diaphragme dans le larynx.** — Femme de 21 ans, d'origine polonaise, s'aperçoit depuis quelques semaines que lorsqu'elle remue beaucoup, surtout la nuit, elle éprouve de l'embarras respiratoire. Deux ans auparavant, elle tenta de se suicider en se coupant la gorge avec un rasoir, elle fut soignée à l'hôpital Saint-Etienne, où on la trachéotomisa avant de suturer la plaie due à l'instrument. Après cicatrisation et le retour de la respiration, la canule étant fermée, on enleva cette dernière et, au bout de cinq semaines, la malade quitta l'hôpital. Quand elle est au repos, elle respire normalement, mais

(1) D'après les comptes rendus du Dr Polyak, secrétaire de la Société.

lorsqu'elle effectue des mouvements, on perçoit un bruit inspiratoire modéré. Voix rauque. A l'extérieur du cou, on distingue une cicatrice de 7 à 8 centimètres de long, sur 1 centimètre de large, sise entre le bord supérieur du cartilage thyroïde et l'os hyoïde. Les contours des cartilages thyroïdes sont normaux, entre le bord droit du cartilage thyroïde et l'os hyoïde, se trouve un endroit résistant. Le milieu de l'anneau du cartilage cricoïde est un peu affaissé et dans le voisinage se trouve une saillie cartilagineuse, à côté de laquelle on voit une cicatrice, longue de 8 centimètres, à la place de la crico-trachéotomie. Au laryngoscope, on distingue la glotte, revêtue en grande partie d'une membrane d'apparence normale, mais présentant en arrière une lacune triangulaire, dont la base forme la région inter-aryténoïdienne, l'extrémité supérieure du triangle occupe le quart postérieur de la glotte, les deux côtés tirent leur origine des cartilages aryténoïdes. La membrane est ainsi configurée : on voit nettement les replis ary-épiglottiques. A l'endroit où ceux-ci disparaissent dans les ventricules, commence le diaphragme qui, exception faite du triangle, se poursuit jusque dans les replis ary-épiglottiques de l'autre côté, de sorte qu'on a l'impression que le diaphragme est dû à l'adhérence des deux tiers antérieurs des ventricules. Cette hypothèse est confirmée par la présence, au-dessus de l'épiglotte, d'un autre triangle mesurant 3 millimètres de haut. Le diaphragme suit les contours du cartilage aryténoïde gauche, une bande se détache de l'extrémité du cartilage de Santorini gauche et forme la branche gauche du triangle, tandis que la branche droite provient du cartilage aryténoïde droit. Les bords du diaphragme sont minces. Au fond de la fente triangulaire, on distingue la partie postérieure de la corde vocale droite jusqu'à la moitié de l'apophyse vocale, la corde gauche est invisible. Pendant la phonation, les deux branches du triangle se rapprochent, mais il est impossible de vérifier le fonctionnement des cordes vocales. La voix est atone, enrôlée. Malgré l'insertion du diaphragme aux cartilages aryténoïdes, surtout à gauche, leurs mouvements sont peu entravés. Avec la sonde, on a beaucoup de peine à relever le diaphragme, l'épiglotte est raide et on s'aperçoit que le triangle se termine en cul-de-sac vers la portion épiglottique inférieure. Il faut admettre que la membrane hypothyroïdienne a été lésée par l'incision, la région inférieure de l'épiglotte sectionnée et que les ventricules ont souffert. Comme on ne voit pas de soudure, il est probable qu'on a affaire à une membrane normale injectée s'étendant d'un côté à l'autre du larynx. Seules, les portions voisines

du triangle sont minces et fibreuses. La malade fut soumise pendant quelques semaines à la dilatation au moyen des bougies de Schroetter et, actuellement, elle respire bien. Ultérieurement, on pratiquera, s'il y a lieu, la thyrotomie et l'excision du diaphragme.

*Discussion.*

V. LÉNART, dans ce cas, n'aurait pas employé la dilatation, mais il aurait excisé la membrane.

BAUMGARTEN se range à l'avis de V. Lénart, mais il considère, toutefois, que la dilatation est indiquée pour prévenir de nouvelles adhérences.

ZWILLINGER a eu recours à la dilatation parce que la malade est une ouvrière qui va travailler au dehors; elle est, du reste, satisfaite du traitement.

2. V. LÉNART. — **Tuberculose laryngienne opérée.** — Malade présenté le 16 mars avant l'opération et portant sur la paroi laryngée postérieure, dans la région inter-aryténoïdienne, une infiltration isolée, en forme de tumeur, s'insérant entre les cordes vocales pendant la phonation et s'opposant à leur rapprochement. Le malade, enrôlé, toussait beaucoup, se fatiguait en parlant et avait de la gêne respiratoire. Le 23 mars, après cocaïnisation, on l'opéra avec la double curette de Krause. On supprima l'infiltration sur l'étendue d'une pièce de 10 pfennigs.

Le malade supporta parfaitement l'opération, mais il ne put avaler aucun liquide pendant cinq jours. Maintenant, la paroi laryngée postérieure est absolument lisse, les cordes vocales se meuvent pendant la phonation et la respiration, la voix est forte, la déglutition normale, la toux a cessé.

*Discussion.*

V. NAVRATIL. — On peut craindre la réaction consécutive à ces interventions et l'infection tuberculeuse de la plaie, mais dans le cas actuel, la cicatrisation est parfaite.

3. V. NAVRATIL. — **Résection du larynx en cas de cancer d'après des guérisons.** — N. tient la guérison du cancer laryngien pour certaine, si l'on intervient au début et que l'on excise tout le tissu malade. Il a obtenu la guérison récente de quatre malades.

Lorsque le sujet est suffisamment résistant, N. pratique

l'opération en un temps, mais en cas de complications (bronchite, emphysème pulmonaire, artério-sclérose, etc.), il opère en deux temps.

L'auteur incise profondément la trachée dans le second ou le troisième anneau, afin d'accélérer la cicatrisation.

Pour la trachéotomie, N. n'emploie pas le chloroforme, mais l'anesthésie locale; pour la résection, il se sert du chloroforme et de la canule tampon de Trendelenburg, qu'il remplace au bout de deux jours par une canule ordinaire de Luer. Tamponnement de l'intérieur du larynx à la gaze iodoformée. Le pansement est changé tous les jours. A partir du dixième jour, le malade est alimenté artificiellement.

N. opère ainsi : incision du larynx dans toute sa longueur pour constater l'étendue de la lésion, puis il détache toutes les parties molles affectées et avec précaution il enlève, avec des ciseaux, les portions malades du pharynx et de l'œsophage, en ayant soin de ménager autant que possible l'autre moitié du larynx, afin de faciliter ultérieurement la phonation et la respiration et de permettre le retrait de la canule.

Les cas suivants ont été opérés en 1899 :

4<sup>e</sup> G. S., 66 ans, paysan, reçu le 4<sup>er</sup> octobre 1898. A la place de la corde vocale gauche, on voit une tumeur verruqueuse ulcérée en partie, s'étendant sur la fausse corde. L'articulation crico-aryténoïdienne est fixée, la muqueuse très infiltrée, la surface inégale. A droite, l'articulation est plus libre, la muqueuse lisse et modérément tuméfiée. Ganglions normaux. Respiration sténosée. L'examen microscopique révèle un carcinome. On pratique d'abord la trachéotomie; la guérison de la plaie est entravée par une bronchite, et c'est seulement au bout de trente-deux jours que l'on peut réséquer le larynx. A l'ouverture, on s'aperçoit que le cancer s'étend au cartilage thyroïde et à une partie du cartilage cricoïde. Après l'opération, la température monte à 38,6, mais elle redevient normale dès le lendemain. Pendant vingt-quatre heures, le malade ne prit rien, puis, durant sept jours, on le nourrit artificiellement. Changement quotidien de pansement. A partir du neuvième jour, absorption de liquides. En trois semaines, la plaie du larynx était complètement cicatrisée, l'orifice laryngien est un peu rétréci par l'affaissement des parties molles à gauche. Lorsque le malade sortit de l'hôpital, au bout de la quatrième semaine, la glotte s'écartait de quelques millimètres en plus.

On revit le malade un mois après : pas de modification laryngée

appréciable, on voit la glotte, surtout quand le malade respire en fermant sa canule. Pour élargir la fente glottique, on excise un fragment de la fausse corde droite. Depuis, l'auteur continue à recevoir de bonnes nouvelles.

2<sup>e</sup> K. S., âgé de 53 ans, se présente pour la première fois presque aphone, le 20 novembre 1898. Sur la corde vocale droite vraie et fausse, siège une tumeur de la dimension d'une noisette, ulcérée à la pointe, recouverte d'un dépôt malpropre, à bords échancrés, dont la surface était bosselée et nettement délimitée. En avant, la tumeur ne dépasse pas le milieu de la corde vocale, le cartilage aryténoïde est immobilisé. Muqueuse laryngiennes injectée et tuméfiée. Ganglions du cou et sous-maxillaires normaux.

Deux jours après, abrasion intra-laryngienne de la tumeur reconnue cancéreuse à l'examen microscopique. Toutefois, l'état du malade s'améliora, mais bientôt une récurrence s'installa sur toute la corde vocale et v. N. décida la résection du larynx. Dans ce but, il pratiqua, le 26 janvier 1899, la trachéotomie et réséqua le larynx le 13 février; la dégénérescence carcinomateuse n'étant pas aussi étendue que chez le malade précédent, on put respecter une portion de la moitié droite du larynx. Le malade ne prit rien pendant vingt-quatre heures après l'opération, puis, durant dix jours, il fut alimenté avec la sonde stomacale. Changement quotidien de pansement, convalescence sans fièvre. Décanulement le 30 mars. Le 4 avril, le malade sort guéri. Le 10 juillet, on constate un résultat surprenant, l'état général est parfait, la glotte très large, la respiration libre, la parole compréhensible.

3<sup>e</sup> N., 50 ans, examiné pour la première fois pendant l'été de 1898. Infiltration de la corde vocale gauche, avec fixation de l'articulation crico-aryténoïdienne.

Le malade repoussant toute intervention, on lui conseilla des pulvérisations de tanin, qui amenèrent du mieux. Mais au bout de deux mois et demi, les troubles vocaux et respiratoires récidivèrent et le malade revint le 30 janvier 1899. On distingue à la place de la corde vocale gauche plusieurs nodules, ulcérés pour la plupart; la muqueuse de l'articulation aryténoïdienne est très infiltrée, irrégulière. Muqueuse de la moitié droite du larynx injectée, tuméfiée.

En raison de la gêne respiratoire, trachéotomie le 2 février, suivie, huit jours après, de résection du larynx. N. conserva un fragment du cartilage cricoïde et de la moitié gauche du larynx. Alimentation comme dans le cas précédent. La cicatrisation de la

plaie laryngienne fut entravée par une bronchite. Au bout de quatre semaines, la déglutition est redevenue normale. Les forces du malade reviennent, ainsi que la voix. En cinq semaines, l'orifice laryngien est clos; la glotte s'écarte de 3 millimètres. Le malade, ne voulant pas attendre le décanulement, part avec la recommandation de revenir au bout d'un mois.

4° B. B., 68 ans, reçu le 10 avril 1899. La corde vocale gauche est couverte d'un dépôt grisâtre, on distingue une tumeur grosse comme un pois, à surface bosselée irrégulière; fixation de l'articulation aryténoïdienne; muqueuse épaissie. Extirpation endolaryngienne, le 10 janvier, de la tumeur carcinomateuse. Le 8 avril, le malade revient avec une récurrence et le 12 avril, on excise la portion malade du larynx après trachéotomie préalable. Au bout de huit jours, le malade avale normalement. Renouvellement quotidien du pansement. Pas de fièvre. La plaie extérieure se cicatrise en quatre semaines et demie. Le malade se trouve bien, s'alimente normalement. Le larynx est libre.

Ces quatre observations démontrent la curabilité du carcinome laryngien extirpé à temps avec un centimètre au moins de tissu sain. La plupart du temps, on peut retirer la canule et permettre au malade de parler.

#### *Discussion.*

BAUMGARTEN demande pourquoi les malades ont été nourris artificiellement? D'habitude, on effectue les résections partielles quand les altérations n'ont pas encore atteint la région laryngienne inférieure; donc, si l'œsophage n'est pas lésé et l'épiglotte indemne, aucun liquide ne peut pénétrer dans le larynx. Existait-il une fistule?

V. NAVRATIL. — Il n'existait pas de lésion œsophagienne, mais à la suite de ces grandes interventions, on observe toujours une réaction inflammatoire, englobant l'épiglotte et favorisant les troubles de la déglutition.

J'ai toujours constaté le parfait état de l'œsophage et n'ai jamais rencontré de fistule, les troubles de la déglutition provenaient de l'inflammation épiglottique secondaire.

4. V. LÉNART. — **Transplantation cutanée de Thiersch sur la muqueuse du larynx et de la trachée.** — Les sténoses laryngo-trachéales sont fréquentes et ont des origines diverses. Au point de vue étiologique, on peut citer en première ligne les ulcérations survenant au cours de la diphthérie, de la fièvre typhoïde et de la

syphilis, puis les traumatismes atteignant le larynx et la trachée; plus rarement, on rencontre des brûlures par des produits chimiques détruisant la muqueuse des voies aériennes supérieures; on observe aussi des sténoses consécutives à l'extirpation du larynx et de la trachée. Souvent, à la suite de l'ablation de papillomes multiples, on voit survenir des sténoses cicatricielles.

Le traitement des sténoses laryngo-trachéales consiste généralement dans la dilatation systématique, mais il ne réussit que lorsqu'il reste du tissu normal, s'il s'agit de tissu cicatriciel, celui-ci s'atrophie bientôt et la sténose récidive. Dans ces derniers temps, on a préconisé divers modes de traitement pour les sténoses cicatricielles. Dans les cas favorables, on excise la cicatrice par la résection de la trachée et on réunit les bords circulaires; si les circonstances sont défavorables, Schimmelbusch et Kœnig se servent de lambeaux cutanés pédiculés, qu'ils lèvent sur le sternum et la clavicule; Kœnig a employé, pour recouvrir de petites lacunes trachéales et laryngiennes, des fragments cutanés et cartilagineux empruntés au cartilage thyroïde, et les essais de Mangoldt implantant des cartilages costaux dans le larynx ont aussi été couronnés de succès.

Tous ces procédés tendent à faire disparaître des sténoses existantes, mais quelquefois il faut aviser à la formation possible de sténoses cicatricielles survenant après l'excision de papillomes multiples.

Pour prévenir cet incident, il faut combler les lacunes. Si la charpente cartilagineuse est conservée, la transplantation cutanée de Thiersch semble, *a priori*, le meilleur moyen. Mais, à ma connaissance, on n'a jamais tenté ce traitement pour empêcher la formation de cicatrices. J'ai trouvé une seule observation, où Galatti décrit une opération effectuée par Gersuny, concernant une sténose trachéale où l'anomalie fut obstruée par un lambeau cutané de Thiersch.●

J'ai essayé de combler avec de l'épithélium une lacune très étendue survenue après l'ablation de papillomes multiples.

Je soignai le malade, avec l'autorisation du Prof. v. Navratil, dans un service de chirurgie de l'hôpital Saint-Roch.

Le 7 mars 1899, on reçut dans le service de laryngologie, de l'hôpital Saint-Roch, un paysan de 24 ans, respirant péniblement surtout quand il remuait. La maladie avait débuté trois ans auparavant par un enrouement, auquel vinrent s'ajouter, deux ans après, des accidents respiratoires, qui firent libérer le malade de son service militaire.



Les organes internes sont sains, aucune affection antérieure. Pas de spécificité; rhino-pharynx normal. Au laryngoscope, on distingue, sous les cordes vocales, une tumeur irrégulière d'un rouge pâle, rétrécissant l'orifice laryngien, à travers la fente duquel on soupçonne la profondeur de l'altération qui doit atteindre la trachée, mais on ne peut voir où elle s'arrête. Par la sonde, on reconnaît que la tumeur est de consistance molle.

La muqueuse sise entre les cordes vocales et la tumeur est lisse, normale. Cordes vocales injectées ayant conservé leur motilité; ventricule gauche un peu gonflé; au milieu, on voit deux excroissances d'un rouge pâle, grosses comme des lentilles, isolées l'une de l'autre. Voix légèrement voilée, mais forte. Respiration bruyante. Diagnostic difficile; on conclut à des papillomes multiples; l'examen histologique confirme le diagnostic clinique.

Vu les récides fréquentes de papillomes laryngiens, on décida de pratiquer l'opération extra-laryngienne, qui eut lieu le 7 avril. On pratiqua d'abord la trachéotomie profonde, puis on tamponna la trachée avec la canule de Trendelenburg, qui servit à l'anesthésie. Ensuite, on fendit les cartilages thyroïde et cricoïde et on prolongea l'incision, de façon à ce qu'elle rejoignit l'extrémité supérieure de la fente trachéale. On vit alors que sous les cordes vocales la muqueuse laryngienne était envahie par des masses papillomateuses, s'étendant en spirales, sur une largeur de 4 à 3 centimètres, jusqu'au septième anneau trachéal et dépassant le niveau de la muqueuse saine. Abrasion totale de la muqueuse malade pour prévenir les récides; il se produisit ainsi une grande lacune, qu'on essaya de combler par la transplantation de Thiersch. Après une hémostase soignée, toute la plaie fut recouverte de lambeaux cutanés empruntés au bras gauche du malade et que l'on fixa avec de la gaze stérilisée. Le larynx et la trachée demeuraient béants, mais on fit quelques points de suture sur la peau.

Le lendemain, on troqua la canule de Trendelenburg contre une canule ordinaire et le malade fut alimenté pendant cinq jours avec la sonde œsophagienne. Le pansement demeura quatre jours en place, jusqu'à ce qu'on reconnut que les lambeaux transplantés étaient vivaces.

Guérison ininterrompue.

Le 25 avril, on sutura la plaie du cou; quant aux cartilages, ils s'étaient rapprochés d'eux-mêmes.

Retrait de la canule le 18 mai et occlusion de la fistule trachéale.

A présent, sauf une légère injection, le larynx est absolument normal; les cordes vocales sont nivelées, la paroi laryngo-trachéale complètement lisse; les plaies trachéales cicatrisées; la respiration dégagée; la voix forte, mais un peu voilée.

*Discussion.*

POLYAK. — L'auteur nous a dit que les cordes vocales étaient au même niveau, je voudrais savoir si, au cours de l'opération, on a fendu entièrement le cartilage thyroïde?

V. LÉNART. — Oui.

POLYAK. — Alors, le résultat est bon.

BAUMGARTEN. — Il est malaisé de contrôler l'adhérence du lambeau.

V. LÉNART. — Chez mon malade, le résultat a été parfait.

BOROS assistait à l'opération et s'est assuré de la formation de l'épithélium en introduisant son doigt à travers la plaie trachéale.

V. NAVRATIL. — Ces transplantations sont très utiles, puisqu'elles accélèrent la guérison.

BOROS. — La tumeur siégeait sous les cordes vocales, ce qui était une circonstance favorable à la transplantation.

5. STIPANITS. — **Néoplasme du sinus maxillaire droit.** — U. N., âgé de 37 ans, a remarqué, depuis six à huit mois, que sa joue droite enflait. Le malade est anémique; sommets suspects; les autres organes sont sains.

La région du sinus maxillaire est tuméfiée, la peau œdématiée. La narine droite est plus dilatée que la gauche, la sonde, en pénétrant dans le sinus, provoque une hémorrhagie.

A la rhinoscopie, on remarque un gonflement marqué de l'extrémité postérieure du cornet inférieur droit.

A l'éclairage du sinus, la moitié droite du visage demeure sombre.

On conclut que le sinus maxillaire droit est envahi par une masse solide sarcomateuse.

6. BAUMGARTEN. — **Tuberculome de la cloison nasale.** — Femme de 42 ans, souffrant, depuis sept mois, d'épistaxis fréquentes et d'obstruction de la narine droite. A l'examen, on trouve à droite, en avant, sur la cloison une tumeur grise, irrégulière, plus grosse qu'une amande, remplissant la fosse nasale, de consistance molle et saignant au toucher.

Excision à la curette, avec la tumeur on enlève aussi le péri-chondre de la cloison, de sorte que le cartilage manque sur l'étendue d'une pièce d'une couronne. On avait cru avoir affaire à un polype hémorrhagique de la cloison, mais à l'examen microscopique, on reconnut un tuberculome.

L'infection avait été sans doute provoquée par le grattage avec les ongles, l'autre narine étant eczémateuse.

---

*Séance du 12 octobre 1899.*

7. V. LÉNART. — **Erythème iris de la muqueuse buccale.** — L. présente un malade ayant eu sept fois en neuf ans des manifestations œdémateuses sur les mains et les pieds, toujours accompagnées de lésions de la muqueuse buccale et palatine.

Quelques jours auparavant, on remarqua sur la muqueuse de la voûte palatine, du voile et des joues, des taches variant de la dimension d'un pfennig à celle d'un florin, très rouges et douloureuses ; il en existait aussi sur les mains et les pieds.

Les taches buccales s'étendirent rapidement et en quelques jours la muqueuse des joues et des lèvres se tuméfia, à la place des taches, l'épithélium est épaissi, relâché.

Ces accidents, d'origine inconnue, se prolongèrent pendant quatre ou six semaines, puis ils regressèrent spontanément.

---

*Séance du 15 novembre 1899.*

*Président : V. NAVRATH.*

*Secrétaire : POLYAK*

1. V. LÉNART. — **Lésion syphilitique rare de la langue.** — Tout d'abord, on croyait avoir affaire à un condyome étendu, mais on vit qu'il s'agissait d'une affection décrite par Hutchinson qui en rapporte une observation.

Malade en traitement depuis un mois, portant sur la lèvre inférieure une ulcération grosse comme un pois, lardacée, à bords déchiquetés et indurée à la base. Plaques muqueuses dans le pharynx, sur les amygdales et la muqueuse des joues. Sur le dos de la langue, nodules papillomateux, très rapprochés vers le larynx

et plus écartés du côté de la pointe de la langue. Tuméfaction des glandes sous-linguales. Rien du côté des organes génitaux. Diagnostic : infection spécifique extra-génitale.

Le malade dit que les lésions linguales sont certainement attribuables à la syphilis; en effet, sous l'influence de la médication spécifique, sans aucun traitement local, le volume des nodules diminua de moitié.

A l'examen microscopique, on reconnut une hypertrophie papillaire; la description de Hutchinson ne reposait sur aucune base histologique, et sauf Mikulicz aucun auteur ne mentionne cette forme d'altération spécifique.

Ce cas démontre que le virus syphilitique peut engendrer, non seulement des plaques et des condylomes, mais encore de véritables hypertrophies se réduisant par le traitement spécifique.

#### *Discussion.*

MORELLI a vu des cas analogues s'améliorer par la médication anti-syphilitique, mais la muqueuse linguale ne recouvre jamais son aspect primitif, il subsiste toujours une hypertrophie caractéristique.

POLYAK. — Dans les cas d'hyperplasie spécifique, on se heurte toujours à des difficultés quand il faut reconnaître sans microscope la responsabilité qui incombe à la syphilis et à l'irritation dans la production des accidents; d'habitude, les deux causes y participent.

BAUMGARTEN. — On rencontre rarement des cas aussi nets que celui de v. Lénart.

V. LÉNART. — La divergence entre le condylome et l'hypertrophie papillaire existe, non seulement macroscopiquement, mais microscopiquement. Dans l'hypertrophie papillaire, les éléments épithéliaux et le tissu conjonctif sont affectés. Le condylome est plutôt un tissu granuleux renfermant de nombreuses cellules rondes infiltrées.

2. V. NAVRATIL. — **Trachéotomie datant de dix-huit ans. Granulations trachéales.** — Z. A., 66 ans, a eu la fièvre typhoïde en 1881, à la suite de laquelle survinrent des douleurs à la déglutition et de la raucité. Peu après, l'enrouement et les troubles de la déglutition s'accrurent au point que la malade dut entrer, en avril 1881, dans le service de l'auteur. A l'examen, on constata une bronchite et une périchondrite laryngée, d'origine typhique probable. Après

avoir guéri sa bronchite et s'être débarrassé, par la trachéotomie, des accidents respiratoires, le malade quitta l'hôpital en mai sans attendre le décanulement. Depuis dix-huit ans, il revient de temps à autre et, en octobre 1899, il rentre dans le service de Navratil.

Jamais il n'a souffert, depuis dix-huit ans, du port de sa canule, mais il présente, sur le bord de l'orifice trachéal, une tumeur qui le gêne pour conserver sa canule. La voix est rauque, comme si la phonation s'effectuait par les fosses cordes; respiration difficile avec la canule-tampon. Nez et pharynx normaux.

Les fausses cordes sont excessivement tuméfiées, d'un rouge sombre. La glotte ne s'écarte que de 2 millimètres. L'ouverture du larynx est rétrécie, à droite par la fausse corde enflée et à gauche par la fixation de la corde vocale. La région aryénoïdienne est gonflée des deux côtés, les replis aryépiglottiques n'offrent aucune particularité. Pendant la phonation, le côté droit est immobile; à gauche, on distingue des mouvements très faibles. Le larynx est enduit d'un mucus liquide grisâtre.

À gauche de la plaie trachéale, on voit une tumeur du volume d'une amande, non absolument lisse, ferme, en partie épithélialisée, en partie découverte, douloureuse, à base étroite, non pédiculée et mobile. Le malade dit que cette tumeur s'est formée il y a deux ans, elle avait, au début, le volume d'une lentille, mais elle progressa ensuite rapidement. L'examen macroscopique révéla une tumeur pupillaire.

Ablation le lendemain. Le résultat de l'examen histologique sera communiqué ultérieurement.

3. BAUMGARTEN. — **Condylome lingual.** — Acteur de 42 ans, portant au milieu de la langue, en avant de la papille circumvallata, six saillies rougeâtres glandulaires, qu'on prit pour des hypertrophies des papilles linguales. Ulcérations analogues sur le toit pharyngien et les amygdales.

Ce cas peut servir de pendant à celui de v. Lénart, que l'auteur considère aussi comme du condylome.

#### *Discussion.*

V. LÉNART trouve que cette observation n'est pas analogue à la sienne. Ici, on reconnaît du premier coup le condylome.

BAUMGARTEN. — Le développement dépend du degré d'irritation; en tout cas, l'amélioration obtenue chez le malade de v. Lénart est remarquable.

*Séance du 7 décembre 1899.*

*Présidents : V. NAVRATIL et LICHTENBERG*

*Secrétaire : POLYAK*

1. V. NAVRATIL. — **Préparation histologique du granulome trachéal présenté à la dernière séance.** — On trouva une prolifération énorme d'épithélium cornifié avec de nombreuses couches de perles concentriques. Infiltration du tissu interstitiel et des papilles hypertrophiées.

Le critérium certain de la malignité consiste à reconnaître si la couche dermique ou le tissu sous-cutané sont traversés; on ne put s'en rendre compte dans ce cas.

2. V. NAVRATIL. — **Trachéotomie profonde pour goitre.** — C. J., agent de police, âgé de 44 ans, atteint depuis trois semaines de dyspnée et de crise d'étouffement pendant la nuit. Goitre ayant le volume de deux poings, sensible à la pression et repoussant la trachée vers la droite, de sorte que le larynx touche le bord intérieur du sterno-cléido-mastoidien droit. Diamètre du cou, 49 centimètres. Motilité laryngienne entravée, embarras respiratoire. En raison de la cyanose, on fit la trachéotomie le 29 novembre 1899, en se servant de l'anesthésie par infiltration. L'incision ne fut pas pratiquée dans la ligne médiane, mais dans la direction de la pomme d'Adam, à droite. On dégagait d'abord le cartilage cricoïde, puis on détacha des couches de la trachée et on reconnut que la tumeur tirait son origine du lobe thyroïdien gauche; le côté droit et l'isthme n'étaient pas hypertrophiés; afin d'ouvrir profondément la trachée, l'isthme fut lié et sectionné, de façon à ouvrir la trachée entre le second et le troisième anneau.

Amélioration immédiate. La plaie se cicatrise en huit jours. Trois semaines après l'opération, le cou ne mesurait plus que 43 centimètres. Le malade respirait aisément en fermant sa canule.

Dans les cas de dyspnée, j'emploie plutôt la trachéotomie que l'extirpation du goitre, afin de parer aux hémorragies graves. Souvent, après la trachéotomie, le goitre s'atrophie et son extraction serait superflue, ce qui se vérifiera probablement dans le cas actuel.

*Discussion.*

SUGAR demande si on voyait chez le malade la compression en forme de sabre, avec atrophie de la charpente cartilagineuse.

BAUMGARTEN désire connaître l'opinion de Navratil sur l'anesthésie de Schleich dans la trachéotomie, dont personnellement il est très satisfait. Ordinairement, avant de trachéotomiser, B. pratique le tubage, mais c'est inutile quand la sténose siège trop profondément.

V. NAVRATIL n'a pas l'intention de s'occuper ici de l'anesthésie de Schleich, qui lui a très bien réussi. Il ne pouvait être question d'intubation en raison de la dislocation de la trachée due au goitre. La sténose siègeait, du reste, dans la trachée et non dans le larynx. Il n'existait pas de déformation en lame de sabre, ce qui nécessite le port continu d'une canule pour conjurer les accès de suffocation mortels.

3. BAUMGARTEN. — **Exostose de l'angle interne de l'œil, empyème des cellules ethmoïdales et du sinus frontal.** — Jeune fille de 20 ans, adressée à l'auteur par le Prof. Goldzieher, pour savoir si l'exostose de l'angle de l'œil n'était pas en rapport avec une lésion nasale? La malade a eu la scarlatine et la fièvre typhoïde il y a neuf ans, et depuis elle a des maux de tête incessants, qui ne la quittent jamais pendant plus de deux ou trois heures et ont fini par la déprimer complètement. A l'examen, on trouve dans l'angle interne de l'œil gauche, au-dessus de l'os lacrymal, une saillie osseuse, très douloureuse.

Pas d'altération nasale, seule, l'extrémité antérieure du cornet moyen gauche est très hypertrophiée et la narine est souvent bouchée.

Ablation du cornet hypertrophié. La sonde pénètre facilement dans une cavité; pendant quelques jours, on fait des lavages avec une canule droite de Hartmann et on voit sortir une masse de pus crémeux. Dès les premiers lavages, la malade accuse du mieux, la céphalée diminue, mais le troisième jour survient un œdème des deux paupières, qui disparaît en quarante-huit heures, en même temps que l'exostose et le mal de tête.

B. explique la formation de l'exostose par ce que la pression du pus dans les sinus a soulevé les lamelles osseuses du sphénoïde, qui ont repris leur siège primitif après l'écoulement du pus. Ce phénomène est d'une observation très rare. L'auteur a présenté

deux ans auparavant, à la Société, une jeune fille affectée d'une tumeur fluctuante de l'angle interne de l'œil, à la suite d'un empyème latent des cellules ethmoïdales. Après l'amputation de l'extrémité très hypertrophiée du cornet moyen, on vit, en comprimant la tumeur, le pus s'écouler par le nez. On épargna ainsi une intervention externe et la guérison s'effectua en un an sans céphalée ni sinusite frontale.

*Discussion.*

POLYAK. — Dans les cas de ce genre, le pus ne provient pas du méat moyen, mais de la partie supérieure de ce méat. Il existait certainement un empyème des cellules ethmoïdales, mais on ne peut préciser l'origine du pus.

P. donne ensuite des détails sur l'anatomie topographique du cornet moyen, les rapports entre l'ethmoïde et le sinus frontal, les points où les sinus débouchent dans le méat moyen et déclare que, dans le cas actuel, on n'est pas certain d'avoir retiré entièrement l'extrémité antérieure du cornet moyen, qu'on a seulement supprimé la partie tout à fait antérieure. Par suite, l'infundibulum et l'hiatus semi-lunaire sont cachés, la bulle n'est pas ouverte, le cornet moyen décrit une forte courbe faciale et recouvre l'hiatus semi-lunaire, il est donc impossible d'établir une localisation définitive.

P. admet l'hypothèse d'une suppuration des cellules ethmoïdales et repousse le diagnostic d'empyème du sinus frontal.

BAUMGARTEN. — Les remarques anatomiques de Polyak sont très exactes, mais il est sorti tant de pus chez mon malade qu'il faut admettre une source non seulement ethmoïdale, mais frontale.

POLYAK. — L'existence d'une cellule ethmoïdale préfrontale expliquerait peut-être l'abondance de la suppuration, mais cette constatation ne peut avoir lieu qu'à l'amphithéâtre et jamais sur le vivant.

BAUMGARTEN a parlé autrefois des empyèmes des cellules ethmoïdales qui sont moins répandus qu'on ne le croyait. Il n'attache aucune valeur à la douleur subjective, toutefois, lorsque le front est sensible à la percussion, c'est un signe de suppuration.

POLYAK s'est occupé de cette question à propos de deux cas observés récemment. D'abord une jeune fille ressentit brusquement de vives douleurs dans la région frontale droite, avec sensibilité exagérée à la percussion ; examen nasal négatif, pas de pus dans



le cornet moyen ; la cocainisation du cornet moyen enraya la douleur, jamais on ne vit sourdre de pus. Le second malade accusait une telle céphalalgie qu'il voulait se suicider, il n'avait pourtant pas d'empyème et la cocaïne coupa la douleur. Ces deux malades démontrent que la sensibilité frontale ne dénote pas toujours un empyème du sinus frontal.

4. POLYAK. — a) **Coupe de polype hémorrhagique de la cloison.** — Zwillinger montra à la séance du 3 mars 1898, un polype excisé de la cloison cartilagineuse droite, d'un homme de 50 ans, et confia la pièce à l'auteur pour l'examiner au microscope. P. reconnut qu'il s'agissait d'une hypertrophie papillaire de la muqueuse de la cloison, pouvant être baptisée du nom de papillome, et très encline à saigner vu l'abondance de la vascularisation.

b) **Coupe d'une amygdale accessoire en partie lipomateuse.** — Tumeur pédiculée polypoïde retirée de l'amygdale gauche d'un homme de 36 ans.

Après coloration, on distingue à la base deux inclusions présentant la même structure folliculaire que le tissu lymphoïde tonsillaire démontrant qu'à la période embryonnaire il y avait eu une portion d'amygdale qui s'était déchirée sous l'influence d'irritations répétées et avait donné naissance à l'hypertrophie actuelle.

Seules cinq tumeurs lipomateuses ont été signalées ; deux par Onodi, une par Haug, une par Avellis et enfin celle de l'auteur.

---

*Séance du 25 janvier 1900.*

1. V. NAVRATIL. — **Résection de la cloison nasale osseuse et cartilagineuse.** — G. J., acteur, âgé de 32 ans, souffre, depuis sa jeunesse, d'une obstruction nasale gauche, la voix est nasonnée, ce qui entrave l'exercice de sa profession ; de plus, il souffre d'une sécheresse pharyngo-laryngienne.

Nez et cloison déviés à gauche, la sonde ne peut pénétrer dans le conduit. A droite la cloison est concave, la narine est rétrécie par l'hypertrophie du cornet. Muqueuse pharyngienne sèche et brillante, catarrhe laryngé très accusé, cordes vocales injectées, gonflées. Le malade respire et dort la bouche ouverte.

La déviation prononcée et la déformation externe du nez font supposer que la lésion siège sur la partie osseuse. N. se décide pour l'intervention externe avec fissure nasale et opère le 22 décembre 1899.

Sous le chloroforme, on sectionne les ailes du nez au voisinage de la cloison, d'un coup de ciseau on dégage le nez et on reconstruit que la déviation intéresse non seulement la portion cartilagineuse, mais encore une grande partie de la cloison osseuse. Incision de la muqueuse qu'on rabat ensuite, puis section du cartilage saillant avec le couteau et excision des os avec le marteau et la gouge. Séparation provisoire des os du nez qu'on remet ensuite en place; tamponnement pour arrêter l'hémorrhagie, suture de la plaie cutanée qu'on recouvre de collodion iodé. Au bout de trois jours, on enlève le tampon et les sutures, réunion par première intention; le huitième jour la muqueuse de la cloison est intacte, les méats normaux, la respiration nasale libre. Le catarrhe pharyngo-laryngé s'améliore par le traitement local.

#### *Discussion.*

BAUMGARTEN. — La méthode de l'auteur me semble trop compliquée et je crois qu'on atteint le même but par la voie endonasale. J'aurais été heureux que V. Navratil ait expérimenté le procédé de Schleich que je préconise pour les résections.

POLYAK croit qu'on peut remédier à toutes les déformations de la cloison par la méthode intra-nasale, en se servant de la gouge ou de la scie au choix de l'opérateur. P. supprime en une séance, avec la scie, les éperons et les crêtes. Le procédé de Schleich n'a aucun avenir pour les interventions intra-nasales, où la cocaïnisation suffit. Baumgarten ne pratique pas autre chose qu'une simple injection de cocaïne.

BAUMGARTEN. — La solution de Schleich contient de l'eucaine et non de la cocaïne. La question n'est pas d'anesthésier, mais d'opérer. Jusqu'ici, l'hémorrhagie nous obligeait à fractionner l'intervention en trois ou quatre séances, tandis qu'à présent nous terminons tout en une fois. Aussi B. engage-t-il Polyak à essayer sa méthode avant de la juger.

POLYAK est très surpris que Baumgarten ait eu besoin de trois ou quatre séances pour réduire une déviation de la cloison, tandis qu'il n'a jamais employé plus d'une seule séance pour réséquer un total de 70 à 80 cloisons avec l'aide de la cocaïne.

V. NAVRATIL. — J'opère en une séance, sans fissure nasale, les déviations cartilagineuses, mais lorsque la cloison osseuse est fortement déviée, la voie endo-nasale est insuffisante. Quoique la cocaïnisation réussisse, j'essaierai la méthode de Schleich.

2. V. NAVRATIL. — **Extirpation du larynx pour cancer.** — K. S., 54 ans, s'enroua en juin 1898, et attribua sa raucité à l'abus du tabac. Son état s'aggravant, il vint consulter l'auteur au mois de novembre suivant.

Tumeur bosselée du volume d'un pois sur la corde vocale gauche ; muqueuse laryngée très rouge.

Deux jours après, ablation endo-laryngienne de la tumeur.

Diagnostic microscopique : carcinôme ; mais l'état du malade s'améliora après l'opération.

Le 1<sup>er</sup> janvier 1899, la raucité reparut, le 10 janvier la corde vocale est infiltrée dans toute son étendue et l'articulation crico-aryténoïdienne ankylosée. En vue de la récurrence, on proposa la résection du larynx, après trachéotomie.

Le 20 janvier, trachéotomie après infiltration de Schleich.

Bien que le malade souffrit d'emphysème et de bronchite, la plaie trachéale guérit assez rapidement.

Résection du larynx, le 13 février, après cessation de la bronchite.

On commença l'anesthésie avec la canule de Trendelenburg, puis on la continua avec un panier adapté à l'orifice de la canule. Au début, le malade présenta des phénomènes d'asphyxie qui cédèrent rapidement.

Laryngofissure pour mesurer l'étendue du cancer, puis extraction à la curette des portions molles cartilagineuses et avec le ciseau des parties lésées du pharynx et de l'œsophage. Je réserve une fraction de la moitié saine du larynx, afin d'assurer la respiration buccale et le retrait ultérieur de la canule. Tamponnement de l'intérieur du larynx à la gaze iodoformée. Changement quotidien du pansement. Pendant les deux premiers jours, le malade ne s'alimente pas, du septième au dixième jour, il est nourri artificiellement. Pas de fièvre. Le 30 mars on enlève la canule et le 4 avril la guérison est complète.

L'examen microscopique de la moitié extirpée du larynx confirma le diagnostic. Le malade revient à la fin de juin parfaitement bien portant et s'exprimant d'une façon compréhensible.

Vers la mi-septembre, on voit reparaitre la toux et les accidents respiratoires et le malade rentre à l'hôpital le 3 octobre. L'orifice laryngien est rétréci, la motilité de l'articulation crico-aryténoïdienne entravée.

Le milieu de la corde vocale droite est occupé par une tumeur grosse comme une noisette, revêtue d'une muqueuse lisse. A

gauche, la muqueuse est normale ; il en est de même de l'épiglotte.

Badigeonnages, pendant quinze jours, avec une solution de sulfate de zinc à 2 % et de cocaïne et tubage avec les tubes d'O'Dwyer, mais sans résultat. En octobre, il faut pratiquer une seconde trachéotomie suivie d'ablation totale du larynx.

On rouvre l'ancienne cicatrice, puis on retire toutes les parties restantes du larynx, travail rendu très hardi par la précédente cicatrisation.

Après dégagement des deux côtés du larynx, on le détache des anneaux trachéaux supérieurs. Les cicatrices avaient totalement obstrué l'orifice trachéal, de sorte qu'il eut été superflu de suturer le moignon de la trachée à la peau.

Après avoir séparé le larynx de la trachée, il fallut dégager la paroi postérieure du larynx, manœuvre très délicate en raison de la friabilité des cartilages ; toutefois, on put éviter les lésions de l'œsophage et du pharynx. Enfin on sectionna le ligament hyothyroïdien et, après l'excision du larynx, on put refermer la plaie qu'on pansa à la gaze iodoformée.

Le malade ne prit rien pendant deux jours, mais à partir du deuxième jour, on le nourrit avec une sonde. Pas de fièvre, et le 4 février 1900, le malade put rentrer chez lui guéri.

---

*Séance du 22 février 1900.*

*Président : NAVRATIL*

*Secrétaire : POLYAK*

1. ONODI. — **Rapports du sinus maxillaire avec le sinus sphénoïdal et les cellules ethmoïdales antérieures.** — L'auteur communique les observations qu'il a recueillies, après avoir examiné vingt crânes.

2. POLYAK. — **Rapports du sinus maxillaire avec le sinus frontal et les cellules ethmoïdales antérieures. Contribution au diagnostic des sinusites.** — Après avoir fait allusion aux difficultés que présente la localisation précise des sinusites, P. montre deux pièces qui lui ont servi pour ses études.

---

Séance du 22 mars 1900.

Président : NAVRATIL

Secrétaire : POLYAK

1. V. NAVRATIL. — **Sclérome laryngien.** — N. présente un homme de 39 ans, affecté depuis deux ans de raucité et toussant beaucoup.

Ensellure nasale depuis l'enfance. La muqueuse du nez est bilatéralement brillante, sèche, parsemée de croûtes et d'une sécrétion fétide ; la muqueuse pharyngienne offre le même aspect. A la place des cordes vocales, on voit deux bourrelets durs immobiles, rétrécissant considérablement la glotte. La phonation et la respiration sont pénibles. L'origine de la lésion est vraisemblablement une rhino-pharyngite atrophique, ayant gagné le larynx et engendré la sclérose.

L'auteur pense essayer la dilatation avec les tubes d'O'Dwyer.

*Discussion.*

ZWILLINGER. — Ce cas offre l'apparence classique de la blennorrhée de Stoerk ; sécrétion verdâtre abondante naso-pharyngienne associée à l'atrophie de la muqueuse. Après l'ablation des croûtes, la muqueuse présente l'aspect dit maigre de Stoerk. L'affection se propage aisément au larynx et aux bronches. Dans les derniers temps, Stoerk avait abandonné son appellation et y avait substitué le nom de trachéo-sclérome.

BAUMGARTEN. — Ces cas sont plus fréquents à Vienne qu'en Hongrie où on a plutôt affaire au sclérome ordinaire.

2. LIPSCHER. — **Fibrome naso-pharyngien.** — L. présente un opéré du service de Navratil, âgé de 17 ans, qui dix-huit mois auparavant remarqua une obstruction nasale accompagnée de céphalée violente.

Naz hypertrophié ; dans la narine gauche, on trouve une tumeur livide, dure, grosse comme un pois. A la rhinoscopie postérieure, on s'aperçoit que les choanes sont envahies par une tumeur. L'examen microscopique révèle un polype fibro-sarcomateux.

Opération le 23 mars par la voie externe. La tumeur, issue de

la base du crâne, fut excisée au moyen du couteau et du ciseau et retiré par la bouche. Elle avait le volume d'un poing d'enfant. La guérison fut rapide, la respiration nasale est suffisamment rétablie et la céphalée a cessé.

3. LIPSCHER. — **Opération d'une gueule de loup.** — Jeune homme de 25 ans, opéré dans le service de Navratil. Depuis son enfance, il avait une voix nasonnée, incompréhensible, et les aliments liquides régurgitaient à travers le nez.

Fente partant du milieu de la voûte palatine et divisant en deux parties le voile du palais et la luette ; l'écartement des bords est de 1 centimètre et demi.

Opération le 7 mars sous anesthésie cocaïnique, le malade étant assis, la bouche ouverte, au maximum, avec l'instrument de Whitehead et la tête maintenue par un assistant. La voix est meilleure, mais il faudra que le malade s'habitue à faire agir les muscles palatins.

4. SUGAR. — **Affections de l'organe de l'ouïe dans l'influenza et surtout dans la forme cérébrale.** — L'auteur a examiné les oreilles de plusieurs malades atteints d'influenza encéphalique, dans le service de Szekacs, et il a observé que, même dans les cas bénins, on rencontre une hémorragie labyrinthique. Ses observations *in extenso* ont été publiées dans l'*Archiv. f. Ohrenheilkunde*.

---

*Séance du 40 mai 1900.*

*Président : V. NAVRATIL*

*Secrétaire : POLYAK*

1. NÉMAL. — **Opération de la gueule de loup.** — L'auteur propose une modification du mode opératoire permettant aux malades de s'exprimer plus distinctement.

2. NÉMAL. — **Tuberculose laryngée guérie spontanément.** — Malade de 24 ans, présentant il y a quatre ans une infiltration des cordes vocales et des ventricules qui se prolongea pendant trois ans avec amaigrissement, fièvre et aphonie.

Ensuite survint une amélioration spontanée, l'infiltration et l'ulcération regressèrent ; le côté droit est presque cicatrisé, à

gauche on voit encore des infiltrations et des ulcérations. Voix ventriculaire rauque. On constate également du mieux dans l'état des poumons, la toux a cessé, pas de bacilles dans les crachats. Le malade n'a pris aucun médicament.

3. TOMKA. — Un cas de lésion tabétique du nerf acoustique. — On désigne sous le nom de tabès cérébral la forme de tabès débutant par la dégénérescence des nerfs cérébraux. L'atrophie du nerf optique frappe dès l'abord, tandis que l'ataxie est reléguée au dernier rang. Le cas que nous avons observé offre quelque analogie avec le tabès cérébral se manifestant par l'atrophie du nerf optique.

Le nerf acoustique est bien moins souvent lésé que le nerf optique au cours du tabès, Treitel a noté cette manifestation dans 40 % des cas et Marina dans 72,5 %.

Malade du service de clinique interne de v. Koranyi, âgé de 29 ans. Parents morts et sœur ayant succombé en bas âge. A 17 ans épistaxis fréquentes, le malade nie la spécificité. A 19 ans, kératite parenchymateuse *oculi utriusque*. L'affection actuelle a été provoquée il y a quatre ans par l'influenza.

En 1896, apparurent les bourdonnements de l'oreille gauche, et en septembre 1897 une otite moyenne catarrhale droite, à gauche l'audition était devenue si mauvaise qu'il n'y avait plus rien à espérer : toutefois, jusqu'en 1899, on remarqua des améliorations passagères. Le fond de l'œil est normal des deux côtés. Muqueuse nasale injectée, sensible.

La muqueuse des cornets moyen et inférieur ainsi que celle du naso-pharynx est tuméfiée. L'olfaction et le goût subsistent. Bonne mémoire, élocution aisée, céphalée fréquente, pas de vertige. Liberté des mouvements oculaires. La force musculaire des extrémités supérieures et inférieures subsiste. Les réflexes patellaires sont absents. Titubation légère quand le malade ferme les yeux, il ne peut pas non plus se tenir debout sur une seule jambe.

Pas de paresthésie. Troncs nerveux sensibles à la pression.

Pas d'incontinence d'urine, selles régulières.

Tympan gauche normal, le tympan droit est un peu rétracté. Pouvoir auditif :

Chuchotement : droite = contre l'oreille.

» gauche = 12 centimètres.

Voix haute : droite = 12 centimètres.

» gauche = 20 centimètres.

Audition après le cathétérisme :

Chuchotement : droite = 12 centimètres.

» gauche = 18 centimètres.

Voix haute : droite = 20 centimètres.

» gauche = 20 centimètres.

Souvent le cathétérisme n'amenait aucune modification même au point de vue subjectif. Pas d'amélioration auditive. L'air pénétrant largement dans la cavité tympanique à gauche, moins aisément à droite. Weber central, fréquemment latéralisé à droite. Rinne : conduction osseuse très atténuée bilatéralement. Conduction aérienne mieux conservée.

Epreuve du diapason :

Diapason grave : gauche = 0.

» droite = 0.

C<sup>1</sup> » gauche = 0.

» droite = 0.

C<sup>2</sup> gauche = 0.

» droite = 0.

C<sup>3</sup> gauche = { perçu faiblement, mais distincte-  
« droite = { ment après un moment d'attente.

C<sup>4</sup> gauche = { Perception régulière du diapason.  
» droite = {

Le malade entend certains mots, mais il faut qu'on lui parle contre l'oreille ; il perçoit mieux les voyelles que les consonnes. Bourdonnements intenses dans les deux oreilles, mais présentant des caractères différents. Examen électrique du nerf acoustique.

Le malade avait subi, en février et mars 1900, trente frictions mercurielles qui n'améliorèrent nullement son état.

Nous admettons l'existence d'une atrophie du nerf acoustique. L'audition diminue progressivement, mais l'étiologie demeure obscure et les observations publiées jusqu'à présent n'ont apporté aucun éclaircissement à ce sujet.

4. TOMKA. — Un cas d'otite moyenne aiguë au cours de la maladie de Werlhof. — L'auteur n'ayant trouvé que deux observations de ce genre dans la littérature (Moos, Haug), rapporte un nouveau cas.

Femme de 29 ans, dont le père et de nombreux frères et sœurs sont encore vivants et en bonne santé. La mère a succombé à une affection indéterminée. La malade n'a jamais eu d'enfant et



le mal dont elle souffre est inconnu dans sa famille. Les règles sont apparues à 16 ans et ne sont devenues irrégulières que depuis huit mois.

Il y a deux ans, elle remarqua la présence sur la peau de taches hémorragiques, rouge clair au début, puis plus pâles et qui passèrent ensuite au violet bleuâtre et au vert avant de disparaître mais sans causer aucune souffrance. La menstruation fut suspendue pendant deux mois, puis à la suite d'un coup sur le ventre, elle reparut en abondance. Depuis, les pertes ont toujours été fréquentes et ont épuisé la malade qui rend aussi du sang par la bouche et par le nez.

La faiblesse augmentant, la malade entre à l'hôpital le 14 mars 1900.

*Diagnostic* : Maladie de Werlhof avec anémie secondaire. Os modérément développé, amaigrissement, pas de fièvre. Des points hémorragiques sont disséminés sur tout le corps.

Une goutte de sang recueillie sur le doigt est examinée et trouvée remplie de corpuscules sanguins très pâles.

Urine normale : rien du côté des organes génitaux. Fond de l'œil normal.

On enraye l'hémorrhagie par l'emploi de l'hydrastine.

Le 20 mars, frissons. Température, 38,5 à 36,2. Pouls, 114. Pharynx tuméfié, injecté ; pas d'hémorrhagie. Le 21 au soir, vertige, céphalée ; le 22, aggravation, hémorrhagies bilatérales du fond de l'œil, puis épistaxis, vomissements, râles dans les sommets. Le 27, otalgie gauche. Le conduit auditif contient du liquide séromuqueux qu'on enlève et on distingue, sur le tiers postéro-inférieur du tympan rougi, une petite perforation. Petites ecchymoses sur le tympan et dans le conduit auditif. Weber à gauche. La malade perçoit le chuchotement à 45 centimètres, la conversation à 2 mètres. Pas de bourdonnements.

Sur la paroi supérieure du conduit auditif osseux droit et sur la portion antéro-supérieure du tympan se trouve une masse sanguine desséchée ; petites ecchymoses sur le tympan et la paroi supérieure du conduit auditif osseux. Le 30, la malade se plaint de souffrir et d'entendre mal du côté droit. Tympan rougi. Chuchotement perçu à 60 centimètres. La mastoïde étant sensible, T. voulut pratiquer la paracentèse, mais la malade rejeta la tête en arrière et seule une goutte de pus demeura adhérente à l'aiguille. La ponction consécutive n'entraîna qu'une faible hémorrhagie.

Le 31, la malade entend mieux des deux côtés, et le 4 avril,

l'audition est redevenue normale, les ecchymoses sont à peine visibles, la vue s'est améliorée. Bon état général. La malade quitte l'hôpital le 18 août.

On peut attribuer les hémorrhagies à la maladie de Werlhof.

#### *Discussion.*

SUGAR a observé ces jours derniers un cas de complication auriculaire de la maladie de Werlhof dans le service du Dr B. Szekacs, à l'hôpital Saint-Roch. Un malade atteint de purpura rhumatismal fut pris brusquement de bourdonnements d'oreilles accompagnés de douleurs et de vomissements, et consécutivement apparurent sur le pavillon de l'oreille droite vingt-quatre éruptions distinctes sous forme de purpura maculo-papuleux. Les deux tympans étaient indemnes, pas trace d'hémorrhagie.

SZENES rencontra également un cas d'otite moyenne au cours de la maladie de Werlhof chez un jeune homme de 23 ans qu'il soigna du 8 décembre 1891 au 4 janvier 1892. Le malade était entré le 23 octobre 1891 à l'hôpital militaire, et le 13 novembre il fut soumis au tamponnement pour un épistaxis abondant, le lendemain survinrent des bourdonnements intenses à droite, puis à gauche on nota une faible hémorrhagie auriculaire, consécutive à la perforation spontanée du tympan, et enfin une suppuration de la caisse se déclara; elle s'améliora sous l'influence d'insufflations iodoformées et après guérison de la maladie de Werlhof, le malade fut libéré du service militaire. Lorsqu'il vint trouver l'auteur, il présentait encore une suppuration de la caisse gauche et à travers la perforation tympanique, on distinguait la muqueuse de la caisse très enflée. Après des irrigations et l'assèchement de l'oreille, on instilla de l'alcool naphtolé. Ce traitement semblait réussir, mais le 14 décembre éclata une otite externe diffuse qui disparut en quatre jours, emportant avec elle la suppuration de la caisse. A dater de ce moment le rétablissement s'accrut et le 4 janvier 1892, le tympan était redevenu normal.

---

Séance du 31 mai 1900.

Président : V. NAVRATIL

Secrétaire : POLYAK

1. V. NAVRATIL. — **Sténose bucco-pharyngienne.** — F. Z., paysanne de 41 ans, mère de trois enfants, ressentit l'an dernier des douleurs à la déglutition.

Déviation de la cloison rétrécissant notablement la fosse nasale gauche. A droite, cicatrice lisse sur le septum, il subsiste seulement des traces du cornet inférieur, en arrière, on aperçoit le pharynx à travers une fente étroite, les choanes étant rétrécies par des cicatrices semi-circulaires.

Dans la bouche, la partie postérieure de la langue est soudée au pharynx des deux côtés par des brides cicatricielles. Absence totale de la luette. L'orifice pharyngien, qui sert à la respiration et au passage des aliments, ne laisse passer que le petit doigt. Cicatrices irrégulières et perforation de la dimension d'une tête d'épingle sur le voile palatin.

L'épiglotte et la portion laryngée supérieure sont normales, les cordes vocales mobiles ; pas de modification à droite ; à gauche, on voit sous la corde vocale une tumeur molle, d'un rouge clair, ayant l'apparence de la muqueuse sous-glottique gonflée.

L'inflammation et l'œdème des parties voisines de l'orifice pharyngien nécessita la trachéotomie d'urgence, à la suite de laquelle les infiltrations disparurent et la déglutition redevint normale pour le liquide. La respiration s'effectue à travers la canule.

L'auteur a l'intention de débarrasser la langue de ses adhérences cicatricielles et de dilater la sténose.

2. V. NAVRATIL. — **Cordite vocale inférieure hypertrophique.** — G. S., âgé de 13 ans, s'est refroidi à Noël et depuis il respire difficilement, surtout la nuit.

Nez, bouche et pharynx normaux. La muqueuse laryngienne est saine, les cordes vocales se meuvent assez bien, mais au-dessous on voit des deux côtés un bourrelet blanc jaunâtre, à surface lisse, parallèle aux cordes vocales et relié à l'angle postérieur. La glotte est très rétrécie et la respiration entravée.

On diagnostique une sous-cordite hypertrophique ; la dilatation avec les tubes d'O'Dwyer pratiquée pendant six semaines réussit

au point qu'il ne reste plus qu'un léger épaissement sous la corde droite. Le malade respire bien, il revient seulement se faire tuber de temps à autre à la consultation.

3. V. NAVRATIL. — **Opération de sclérome laryngien.** — N. présente le malade de 39 ans, atteint de rhino-pharyngite atrophique et de sclérome du larynx qu'il a déjà montré à la dernière séance. Après avoir essayé de la dilatation, voyant les troubles respiratoires s'accroître, le malade vint se faire trachéotomiser. La dilatation successive ayant de nouveau échoué, au bout de trois semaines, N. fit la laryngofissure et extirpa le sclérome siègeant bilatéralement à la partie inférieure du larynx. En dix-sept jours la cicatrisation est parfaite, il n'y a plus trace de sclérome et la voix est suffisamment claire. La nuit il respire encore avec sa canule, mais il la ferme pendant la journée et peut alors respirer par la bouche.

4. BAUMGARTEN. — **Un cas de rhinosclérome.** — Le malade, âgé de 44 ans, n'a pas quitté Budapest depuis 18 ans, c'est le premier cas de rhinosclérome non importé. L'année passée, le malade subit l'opération radicale, mais comme il y a récurrence, il demande à ce qu'on extirpe tous les bourgeons scléreux.

5. BAUMGARTEN. — **Pachydermie du larynx.** — Aubergiste enrhumé depuis longtemps, mais sans être tuberculeux ni spécifique. Les bourrelets pachydermiques envahissent tout le larynx, mais la motilité des cordes vocales est conservée.

6. BAUMGARTEN. — **Lupus laryngien.** — Epiglote infiltrée ; l'infiltration s'étend aussi des deux côtés aux replis ary-épiglottiques, bien qu'on ne distingue ni atrophie, ni nodules, le diagnostic est avéré, le malade souffrant depuis des années d'un lupus du nez et de la face. Le cartilage de l'extrémité nasale fait défaut.

B. va tenter le traitement par les rayons Roentgen, et s'il réussit il appliquera un nez artificiel. Dans le larynx on a fait des scarifications de l'épiglotte, suivies de badigeonnages à l'acide lactique. Cette forme diffuse de lupus laryngien ne peut être diagnostiquée en l'absence du lupus cutané externe. Rien du côté des poumons, pas de bacilles dans les crachats.

7. BAUMGARTEN. — **Epithélioma de la voûte palatine. Opération.** — Homme de 54 ans, atteint depuis des années de leucoplasie

bénigne avec tumeur douloureuse, de la dimension d'un thaler, faisant saillie sur la partie droite de la voûte palatine. Le malade n'a jamais eu la syphilis, mais il raconte que, depuis quelque temps, il mange parfois avec un ami affecté de spécificité. L'examen microscopique d'un fragment excisé ne donne aucun renseignement précis. Sous l'influence de l'iodure de potassium, la tumeur s'affaisse et les douleurs sont moins prononcées, mais tout à coup on observe une propagation au voile du palais et il faut effectuer l'ablation radicale. Anesthésie la tête pendante et extirpation de la tumeur. Hémorrhagie abondante. La guérison fut rapide et depuis plusieurs mois il n'y a pas encore eu de récurrence.

---

## BIBLIOGRAPHIE

**Statistique de la surdi-mutité. La surdi-mutité**, par le Prof. SCHWABACH, 1900.

Deux articles très complets, parus dans la *Real-Encyclopaedie für gesammte Heilkunde*. M. N. W.

**Contribution à l'examen fonctionnel des sourds-muets en Danemark**, par E. SCHMIEGELOW (Vol. de 113 p. avec 13 figures dans le texte et un tableau, Det nordiske Forlag, Copenhague, et A. Hirschwald, éditeur, Berlin, 1901).

L'auteur a produit une œuvre fort intéressante puisqu'il a examiné tous les pensionnaires de deux Institutions danoises de sourds-muets. Toutefois, ainsi que le dit Schmiegelow, on ne peut, même au point de vue du Danemark, tirer de cette étude des données certaines sur la surdi-mutité. On compte trois Instituts danois qui hospitalisaient chacun une catégorie distincte de sourds-muets et S. n'a vu que les élèves de deux établissements formant un total de 184 individus; il est vrai que le troisième ne reçoit que des sujets arriérés. Tous les pensionnaires ont été examinés à fond au point de vue de la qualité et de la quantité de leurs fonctions; on s'est également inquiété du pouvoir auditif pour les sons et la parole. S. a consigné ses résultats sous forme de tableaux statistiques. On sera particulièrement attiré par l'étude des rapports entre l'audition pour la parole et pour les sons. Il serait

oiseux d'entreprendre l'analyse détaillée des résultats qui seuls permettraient d'apprécier l'ensemble du travail, et nous nous contenterons de dire que les recherches de l'auteur concordent avec celles de Bezold, du moins dans les grandes lignes, et qu'on prendra un vif intérêt à une étude plus attentive de ce livre.

J. MOELLER.

**Sur le traitement des otites moyennes sèches, en particulier par la sonde compressive à ressort**, par L. JACOBSON (Broch. de 15 p. avec 3 figures, G. Fischer, éditeur, Iéna, 1901).

Plaidoyer en faveur de l'instrument de Lucæ dont Jacobson preconisa l'emploi dès 1890, dans une communication lue au Congrès International de Médecine de Berlin.

Par ce procédé appliqué quotidiennement pendant deux mois, l'auteur a pu améliorer d'une façon remarquable l'audition d'un enfant de 8 ans, sourd depuis trois ans et demi à la suite d'une otite moyenne.

C'est en 1884, que Lucæ décrivit pour la première fois son instrument qu'il a beaucoup perfectionné depuis, mais auquel les récents traités d'otologie consacrent à peine quelques mots.

En 1896, Lucæ imagina de faire fonctionner son instrument par l'électricité, ce qui lui imprime plus de force que l'usage manuel. L'auteur a également fait construire une autre sonde automatique mue par un mouvement d'horlogerie. On l'emploie dans les affections labyrinthiques et tympaniques, sauf en cas d'atrophie de la membrane; elle sert aussi avec avantage contre les lésions sèches où la douche d'air échoue. J. ne l'a pas essayée dans les cas de vertige de Ménière. Il est demeuré fidèle au premier modèle de Lucæ légèrement modifié. La douleur provoquée par le traitement est insignifiante.

E. L.

**Atlas des maladies du nez**, par R. KRIEG (F. Enke, éditeur, Stuttgart, 1900 et 1901).

Moins d'un mois après la publication de la première livraison, l'auteur nous offre le second fascicule de sa belle œuvre. Les planches qui le composent reproduisent les déviations de la cloison et les différents aspects qu'elles présentent après l'opération jusqu'à complète guérison. Nous trouvons aussi une figure représentant l'eczéma de l'orifice des fosses nasales et une autre reproduisant divers aspects de folliculites et de papillômes. La planche XI

est consacrée aux fractures et luxations; la XII<sup>e</sup> montre plusieurs aspects d'hématomes et d'abcès de la cloison, les atrésies de l'orifice nasal, les synéchies forment l'objet de la planche XIII. Les rhinites fibrineuses, les rhinites chroniques, l'hypertrophie des cornets et les polypes muqueux, en particulier les polypes des choanes sont représentés sous les aspects variés que nous offre l'examen clinique. Plusieurs figures intéressantes concernent les hypertrophies du septum et surtout des bords postérieurs.

Les rhinites hypertrophiques sont reproduites sur les planches XX et XXI du 4<sup>e</sup> fascicule.

La 5<sup>e</sup> livraison offre le plus grand intérêt. Plusieurs planches concernent l'ulcère perforant de la cloison, les lésions du septum qui donnent, le plus souvent, naissance à l'épistaxis, les tumeurs vasculaires implantées sur la cloison, enfin la tuberculose nasale (tuberculose cutanée, tuberculose du vestibule, tuberculose du plancher de la cloison) à ses diverses périodes. E. LOMBARD.

**La vaporisation intranasale, nouveau procédé pour combattre l'épistaxis grave et pour traiter des affections du nez et du sinus maxillaire**, par le Prof. BERTHOLD (Berlin, 1900, édit. Hirschwald).

L'auteur décrit un appareil, atmocautère, destiné à porter un jet de vapeur d'eau au contact de la muqueuse nasale. Il est indispensable de bien anesthésier la muqueuse au moyen de la cocaïne d'abord, d'un tampon imbibé de chloroforme ensuite, ce qui produit, d'ailleurs, une anesthésie générale incomplète.

La vaporisation reste, néanmoins, douloureuse et entraîne à sa suite bien des souffrances, sur lesquelles l'auteur n'insiste pas, sans compter les brûlures, aussi inutiles que difficiles à éviter des régions voisines et quelques cas d'otite. Vingt-cinq observations de diverses affections ainsi traitées avec succès n'arrivent pas à faire oublier les dangers du maniement de la vapeur à 100° dans des régions aussi délicates. M. N. W.

**Atlas des maladies du nez, des sinus et du pharynx nasal**, par P. H. GERBER (S. Karger, éditeur, Berlin, 1901).

C'est le second atlas consacré aux affections nasales qui nous arrive d'Allemagne depuis quelques mois. Celui-ci est dédié au Prof. B. Fraenkel, et l'auteur, dans sa préface, a soin de nous avertir que la première moitié de son travail était déjà entre les

maines de l'éditeur lorsque le premier fascicule de l'ouvrage de Krieg a vu le jour ; ce n'est pas lui qui a dessiné les figures, il en est qui sont dues aux crayons d'artistes connus tels que Braune, Landsberg, de Berlin, et Anderla, de Vienne ; toutefois la plupart sont l'œuvre de M<sup>lle</sup> G. Burdach, de Königsberg, qui a scrupuleusement suivi les indications de Gerber.

La première livraison que nous avons entre les mains contient six planches en couleur et des figures en noir illustrant le texte. Elles sont consacrées à l'anatomie normale, aux déviations, aux atrésies et aux synéchies ; aux lésions particulières à la cloison et aux inflammations simples et fibreuses de la cloison.

D'un format très portatif et d'une exécution soignée, cet atlas nous paraît devoir rendre service aux spécialistes ; dans son ensemble, il comprendra six fascicules.

A. G.

**Recherches sur l'anatomie comparée des muscles du larynx**, par J. MOELLER (In-4° de 176 p. avec 139 figures sur 7 planches, J. Frimodt, éditeur, Copenhague, 1901).

L'auteur, dans le but de contribuer à l'étude du développement phylogénétique des muscles du larynx, a effectué un assez grand nombre d'expériences sur 40 larynx humains et 62 organes appartenant à d'autres mammifères. Il s'est borné à la musculature interne et au crico-thyroïdien. Son travail comprend deux divisions principales. Dans la première partie, M. décrit les différents muscles et l'aspect qu'ils revêtent dans les divers ordres de mammifères. Les muscles constituent trois groupes principaux : le crico-thyroïdien, le muscle dilateur et le sphincter. Pour chacun d'eux, l'auteur fournit des renseignements bibliographiques au point de vue de l'anthropotomie et de la zootomie, puis il rapporte ses observations personnelles concernant l'étude exacte des aspects variés vérifiés sur les divers ordres de mammifères et surtout chez l'homme, et il donne une vue d'ensemble de la question.

M. considère le *crico-thyroïdien* comme un muscle homogène, qui, exceptionnellement, se partage en deux portions, chez les micro-chéoptères par exemple, dont ce muscle offre une apparence qui diffère de la normale. L'auteur met en relief la réunion fréquente du muscle avec le constricteur pharyngien, qu'on remarque presque constamment chez l'homme et qui se rencontre également chez plusieurs autres mammifères. Se basant sur ce rapport, il admet que le muscle tire son origine d'un sphincter laryngo-pharyngien ; il explique comme des restes de l'occlusion



antérieure de ce sphincter le muscle thyroïdien transverse, qu'on trouve parfois tant chez l'homme que chez les autres mammifères, et l'union qu'on observe, dans certains cas, entre les faisceaux antérieurs des deux muscles crico-thyroïdiens. Dans des cas isolés, M. a observé une relation avec les muscles pré-trachéaux qu'il incline à regarder comme une manifestation secondaire.

Le crico-aryténoïdien postérieur fait fonction de dilatateur laryngien. D'accord avec les expériences de Dubois, l'auteur a vu des modifications successives dans l'origine de ce muscle, attendu que chez les mammifères inférieurs, tels que les monothrèmes et les marsupiaux, une portion de ce muscle est issue de la corne inférieure du cartilage thyroïde et se dirige verticalement vers le haut, tandis que dans les formes plus élevées, l'origine est toujours plus au milieu du cartilage cricoïde et simultanément les fibres des muscles se dirigent davantage vers l'extérieur et le haut. Chez quelques animaux, un couple de marsupiaux et un couple de cerfs, l'auteur a observé une relation avec la musculature longitudinale du pharynx et de l'œsophage ; il croit pouvoir conclure de ce fait et de la direction verticale du muscle chez les mammifères inférieurs à des rapports originaires étroits entre le dilatateur laryngien et les muscles longitudinaux pharyngo-œsophagiens.

M. n'a jamais vu de relation entre les faisceaux supérieurs du crico-aryténoïdien postérieur et le muscle aryténoïdien, ainsi que certains auteurs l'ont décrit, mais il a observé parfois, et constamment chez le chien, un rapport entre le crico-aryténoïdien postérieur et le thyro-aryténoïdien qu'il envisage uniquement comme un phénomène secondaire. Il considère également comme un rameau accessoire du crico-aryténoïdien postérieur, le kérato-cricoïdien que l'on rencontre relativement souvent chez l'homme.

Le *sphincter laryngien* est constitué par une partie postérieure, l'aryténoïdien, et deux portions antérieures, les crico-thyro-aryténoïdiens ; la plupart du temps, chez l'homme, et assez fréquemment chez les mammifères, ils sont en relations intimes, et on voit nettement, surtout chez les marsupiaux, qu'ils font partie d'un unique système musculaire. Chez l'homme, le muscle aryténoïdien forme un seul muscle dont les portions transversale et superficielle du faisceau tendu sont étroitement unies. Pour un grand nombre d'autres mammifères, au contraire, le muscle est couplé, et souvent il s'insère sur un cartilage pré-cricoïdien médian pair ou impair. La région antérieure du sphincter se partage, chez les autres mammifères, en deux muscles bien distincts, le crico-ary-

ténoïdien latéral, qui fait absolument défaut chez certains mammifères inférieurs, tels que les monothrèmes, et le thyro-aryténoïdien; chez l'homme, au contraire, la musculature latérale forme un seul muscle, dont les faisceaux isolés évoluent très diversement, mais sont tous confondus. On trouve surtout, dans la plupart des cas, très nettement différenciés, les faisceaux dénommés ordinairement muscle thyro-aryténoïdien supérieur. Il n'existe, chez l'homme, nulle divergence entre le thyro-aryténoïdien interne et externe, tandis qu'on voit une division partielle chez quelques autres mammifères.

On remarque toujours une occlusion antérieure du sphincter chez les ruminants, lorsque les deux muscles thyro-aryténoïdiens se confondent directement dans leur portion antérieure ou se rejoignent par une intersection tendineuse. Les faisceaux que Luschka décrit comme un muscle ary-corniculé oblique, appartiennent simplement au muscle aryténoïdien, tandis que les muscles ary-corniculés droits, qu'on trouve assez souvent chez l'homme, forment en effet des muscles indépendants, qui doivent être interprétés comme ayant une origine secondaire. On est frappé de l'allure désordonnée des faisceaux musculaires chez l'homme, en regard de la configuration simple de la région antérieure du sphincter chez les autres mammifères. L'auteur conclut de la diversité de formation de la musculature qu'il a observée et surtout de la simplicité des muscles des marsupiaux qu'à l'exception du crico aryténoïdien postérieur, tous les muscles laryngiens internes ont formé originellement un sphincter unique qui, secondairement, par des insertions à l'angle antérieur du cartilage thyroïde et au cartilage aryténoïde, se subdivise en trois sections.

La dernière partie de l'ouvrage est consacrée à la description détaillée des divers larynx examinés. Un index bibliographique aussi complet que possible est annexé à ce travail, qui se termine par 7 planches, portant 129 reproductions de dessins au crayon, effectués d'après nature par l'auteur qui y a figuré les aspects principaux qu'il rencontra.

J. MOELLER.

**Phtisie laryngée, ou consommation de la gorge,** par R. LAKE (Rebman limited, éditeur, Londres, 1901).

Dans une introduction, l'auteur explique qu'il a seulement voulu consigner les résultats obtenus dans plus de 300 cas qu'il a soignés au « North London Hospital for consumption » au point de vue laryngien.

L. décrit assez succinctement les signes de la phtisie laryngée. Il a chargé le Dr Lucæ de rechercher la présence de bacilles tuberculeux dans les fosses nasales, ces expériences ont rarement été probantes, on rencontre seulement par exception des bacilles tuberculeux dans le nez qui, pourtant, donne asile à de nombreux microbes.

L'auteur passe en revue les divers modes de traitement médicamenteux et chirurgicaux. Il trouve que les améliorations apportées à la thérapeutique anti-tuberculeuse ont favorablement influé sur la phtisie laryngée.

L'ouvrage se termine par douze observations, une série de formules, 6 planches en couleur reproduisant les altérations du larynx et une statistique de 329 cas.

Nous déplorons l'absence presque totale d'auteurs français cités au cours de ce travail ; seuls deux de nos compatriotes figurent à l'index et il n'est fait aucune mention des écrits publiés sur la question de ce côté du détroit.

A. G.

---

## ANALYSES

---

### I. — NEZ ET SINUS

**Cas extraordinaire de fibro-sarcome du nez**, par SENDZIAK, (*Rev. de laryng.*, 18 février 99).

Cas intéressant où l'auteur vint à bout d'une volumineuse tumeur par morcellements successifs à l'anse chaude ; la respiration acheva de se rétablir par l'ouverture spontanée d'un gros kyste séreux qui s'était développé dans la masse néoplasique.

Cette tumeur est remarquable par la lenteur de son développement : cinq ans, quoique ce fut chez un jeune homme ; et par ce fait qu'elle respecta les cavités voisines.

RIPAULT.

### II. — BOUCHE ET PHARYNX

**Respiration buccale**, par J. J. BOWEN (*Brooklyn med. journ.*, janvier 1899 ; in *Laryngoscope*, mars 1899).

La respiration buccale, chez les enfants, est généralement due aux végétations adénoïdes ; chez les adultes elle est produite par les polypes du nez, les déviations de la cloison, les exostoses et les tumeurs.

L'hypertrophie amygdalienne peut aussi déterminer la respiration nasale.

Les enfants respirant de cette manière sont sujets aux convulsions et meurent parfois dans une crise de laryngite striduleuse. D'ordinaire le timbre de la voix se modifie et l'audition est affectée. On interviendra aussitôt qu'on aura reconnu la cause de l'obstruction

**La bouche chez les souffleurs de verre**, par LIARAS (*Rev. hebdomadaire de Laryng.*, 9 avril 99).

L'auteur signale la transmission fréquente, et facile à comprendre des accidents syphilitiques. La déformation spéciale est due à une sorte de prolapsus de la moitié inférieure de la joue qui est pendante et ridée; la face interne des joues est comme anfractueuse et fendillée, et présente des plaques de stomatite opaline, assez facile à distinguer des lésions syphilitiques ou leucoplasiques. Ces lésions, non graves d'ailleurs, s'amendent par le repos, et peuvent même guérir.

RIPAULT.

**Nouveau crochet pour le voile du palais**, par JÖRGEN MÜLLER (*Monats. f. ohrenh.*, p. 246 n° 6, juin 99).

On a inventé de nombreux instruments pour l'examen du rétro-pharynx; celui de Möller est en métal flexible; il a l'avantage de pouvoir être tenu dans la même main que l'abaisse-langue; on le prend entre le pouce et l'index, l'abaisse-langue étant tenu par les trois derniers doigts, le manche passant entre le médium et l'index.

P. T.

**Quelle est la valeur des gargarismes?** par SAENGER (*Münch. med. Woch.*, 1899, p. 248).

Une série d'expériences ingénieuses ont montré que le liquide du gargarisme n'arrive point au contact des amygdales, ni, d'une manière générale, en arrière des piliers antérieurs; en déposant du bleu de méthyle sur les amygdales on l'y retrouve après le gargarisme qui est rejeté non teinté; quelquefois le voile et le pharynx sont baignés; même dans ces cas les amygdales ne le sont pas. L'auteur considère le gargarisme, en somme, comme absolument inutile et peut être nuisible par la fatigue qu'il cause.

M. N. W.

**Bégaïement guéri par la crâniectomie temporaire**, par JONNESCO (de Bucarest). (*Académie de médecine*, octobre 1899.)

Il s'agit d'un garçon de 13 ans atteint d'un bégaïement très prononcé, accompagné d'une asymétrie crânienne avec aplatissement de la moitié gauche du crâne.

L'hémicrâniectomie temporaire gauche avec résection d'une partie du lambeau osseux et incision libératrice de la dure-mère ont eu pour effet la guérison du bégaïement qui se maintient depuis huit mois. Ce cas unique prouve que le bégaïement peut tenir à une compression cérébrale due à l'arrêt de développement du crâne, accentué surtout à gauche et amenant l'impossibilité de l'expansion du cerveau sous-jacent. L'opération a donc pour effet de décompresser le cerveau et lui permettre son libre développement.

**Névrose traumatique avec hémorrhagies pharyngées**, par E. ADELUNG (*Med. Record.*, 5 août 1899).

Chez une malade atteinte d'une névrose traumatique grave à la suite d'un accident de chemin de fer, Adelung a observé une série d'hémorrhagies pharyngées. Celles-ci survenaient deux ou trois fois par semaine, parfois même deux fois dans la même journée. Elles étaient précédées d'une sensation pénible et indescriptible à l'épigastre. La quantité de sang était chaque fois de cinq à deux onces. Aucune lésion locale sauf la dilatation vasculaire ne venait expliquer ces hémorrhagies. Adelung les rapproche des hémoptysies hystériques. La malade après des mois de maladie s'améliora lentement et progressivement sous le rapport de la fréquence et de la durée des hémorrhagies.

A. F. PLICQUE.

**Un cas d'urticaire chronique de la muqueuse des organes cervicaux**, par MEERX (*Munch. med. Woch.*, 1899, p. 1174).

Il s'agit d'un homme de 34 ans, bien portant mais nerveux atteint depuis plusieurs mois d'accès d'angine et de dysphagie douloureuse qui durent quelques heures chaque fois (10 à 12 heures); il y a de plus du pyrosis, du pyalisme, de l'inappétence et de la céphalalgie durant l'accès. Objectivement on trouve de l'œdème et de la rougeur du voile du palais, d'une amygdale ou des deux; dans quelques accès il existe des plaques rouges et douloureuses sur la langue, dans d'autres elles surviennent à l'épi-

glotte et sur les cordes vocales ; il en a été ainsi un jour après la pénétration d'une arête de poisson dans un repli ary-épiglottique ; l'urticaire cutanée s'associe également quelquefois à l'urticaire des muqueuses. L'usage du bromure a seul réussi à espacer et à affaiblir les accès éruptifs.

M. N. W.

**Amygdalites rhumatismales**, par B. ABRAHAMS (Clin. Soc. of London, in *Brit. med. journ.*, 4 février 1899).

Travail reposant principalement sur des cas observés par l'auteur pendant trois ans. La bactériologie de beaucoup de ces cas a aussi été étudiée dans le but de jeter un peu de lumière sur l'étiologie de l'affection. A. donne des détails sur plusieurs observations démontrant l'apparition de l'endocardite après une amygdalite non scarlatineuse sans l'intervention d'arthrite ni de chorée ; l'amygdalite immédiatement consécutive à une première crise de chorée, des attaques répétées de chorée toujours précédées d'amygdalites ; l'apparition de maux de gorge à diverses périodes des affections rhumatismales.

A. donne les conclusions suivantes : 1° Les maux de gorge d'origine rhumatismale peuvent être divisés en deux catégories principales, l'érythème du pharynx et l'amygdalite proprement dite. 2° L'érythème est plus répandu chez l'adulte et l'amygdalite rhumatismale chez les enfants ; elle affecte alors le type folliculaire, l'esquinancie est plus fréquente chez les sujets plus âgés. 3° L'érythème du pharynx est une manifestation initiale du rhumatisme aigu, tandis que l'amygdalite peut constituer la lésion primitive. 4° On a observé de nombreux cas où l'endocardite avait suivi une amygdalite non scarlatineuse accompagnée de douleurs. Souvent aussi l'amygdalite précédait immédiatement une crise de chorée ou d'arthrite. 5° La présence des mêmes microorganismes dans les amygdales, les articulations, le sang et l'urine plaide en faveur de la participation des coques pyogéniques à l'étiologie du rhumatisme.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**Une épidémie d'angine lacunaire et sa période d'incubation**, par SIEGERT (*Münch. med. Woch.*, 1899, p. 1537).

L'auteur a étudié dans tous ses détails une épidémie comprenant 28 cas survenus dans plusieurs rues voisines, à Strasbourg ; il en résulte de la manière la plus précise que cette angine présente une période d'incubation d'exactement quatre jours ainsi

que l'a trouvé également Du Mesnil de Rochemont à l'hôpital d'Altona. Il faudra tenir compte de cette nouvelle donnée dans l'isolement des angineux et dans les mesures de prophylaxie scolaire.

M. N. W.

**De l'amygdalite lacunaire latente, enkystée**, par DE LA COMBE (*Rev. heb. de Laryng.*, 10 décembre 1898).

Cette affection n'est pas un abcès, mais un catarrhe d'une lacune de l'amygdale ; dans cette cavité s'accumulent des produits de sécrétion et de desquamation qui s'enkystent, mais sans tendre à suppuration.

L'ulcération devient à la longue la terminaison de cette affection abandonnée à elle-même. Le traitement consiste à enlever la poche à l'emporte-pièce et à la badigeonner ; ou à la vider au galvano-cautère et à l'écouvillonner au chlorure de zinc.

RIPAULT

**Les angines dans la fièvre typhoïde**, par LUIGI CAPELLANI (*Gaz. degli Ospedali*, 9 avril 1899).

Outre les cas nombreux d'angine catarrhale simple, Capellani a observé quatre cas de véritables ulcères spécifiques du pharynx. Il rapproche justement ces ulcérations des ulcérations spécifiques intestinales. Il insiste sur l'analogie de structure entre le lien lymphoïde de l'amygdale et celui de l'intestin. Il est probable que, comme cela a eu lieu pour les laryngites typhoïdes, l'examen bactériologique démontrerait dans ces ulcérations la présence du bacille d'Eberth. Cette recherche n'a pu malheureusement être faite. Comme premier et même comme seul auteur ayant étudié ces ulcérations typhoïdes du pharynx Capellani cite Coradeschi dont le travail a paru en 1894. Il existe, au moins en France, un travail de M. Duguet de beaucoup antérieur.

A. F. PLICQUE.

**Contribution à l'étude de l'amygdalite ulcéro-membraneuse**, par LACONARRET (*Rev. de laryng.*, 11 mars 99).

L'auteur fait ressortir que cette affection ne doit pas être considérée comme une entité ; mais rattachée à la stomatite ulcéro-membraneuse, à laquelle elle peut d'ailleurs être ou non secondaire. Même dans les cas isolés, elle s'en rapproche on ne peut plus, par l'examen bactériologique, la marche de la lésion, son époque d'apparition, ses signes cliniques principaux.

L'ulcération nécrotique des couches superficielles de l'amygdale est le pendant de l'ulcération bien connue du sillon gingivo-buccal.

RIPAULT.

**Un cas d'angine à bacilles fusiformes et à spirilles**, par L. TARACÉVITCH (*Archives Russes de Pathol.*, 1899, vol. 8, p. 410).

L'angine à bacilles fusiformes a été décrite d'abord par Vincent en 1896 ; cliniquement elle se présente sous forme d'une inflammation membraneuse ou ulcéro-membraneuse avec adénite cervicale considérable ; la présence des spirilles a été constatée dans les formes ulcéreuses.

Le cas observé par l'auteur chez une enfant de 6 ans s'est au contraire présenté sous la forme d'une angine folliculaire, de moyenne intensité ; l'examen bactériologique a montré une quantité énorme de bacilles en fuseaux mélangés à des spirilles. Il est ainsi établi que ces microorganismes peuvent donner naissance à des angines de formes cliniques variables.

M. N. W.

**Amygdalite aiguë suppurée avec convulsions**, par ROGER HAMILTON (*Brit. med. journ.*, 1899, p. 46.)

Une attaque de convulsions a été observée par l'auteur chez une enfant de 7 ans, qui n'en avait jamais eu avant ; l'attaque eut lieu le lendemain de l'ouverture spontanée de l'abcès amygdalien, qui avait évolué en peu de jours sans accidents d'aucune sorte. La guérison fut d'ailleurs rapide et ne présente rien à noter.

M. N. W.

**Sur deux variétés très rares d'angine phlegmoneuse chez l'enfant**, par KATZ (*Progrès médical*, 31 mars 1900).

L'auteur a observé deux cas extrêmement intéressants de pathologie pharyngée infantile.

Dans le premier cas, il s'agit d'un phlegmon du sommet de la luette chez un nourrisson, qui s'était manifesté cliniquement par tous les signes d'un abcès rétro-pharyngien, dysphagie intense, dyspnée avec accès paroxystiques etc. ; le tout cédant immédiatement après l'incision de l'abcès.

Dans le second cas, l'auteur rapporte l'observation d'une péri-amygdalite linguale phlegmoneuse chez un enfant de 8 ans.

GEORGES LAURENS.



**Etude clinique et bactériologique sur un cas d'angine aiguë diphtéroïde à leptothrix**, par H. MEUNIER et BERTHERAND (*Arch. de Médecine des Enfants*, octobre 1898).

Comme l'indique le titre de l'observation, il s'agit d'un enfant de 3 ans présentant au début d'une scarlatine une angine pseudo-membraneuse offrant tous les caractères cliniques de la diphtérie et dans laquelle les examens bactériologiques ne révèlent que la présence en très grande abondance d'un leptothrix peut-être leptothrix buccalis. Ce leptothrix paraît ainsi jouer, en la circonstance, un rôle absolument pathogène. Les cas dans lesquels le leptothrix vulgaire saprophyte, peut devenir pathogène sont connus des laryngologistes et désignés sous le nom de pharyngo-mycose leptothrixique, affection chronique il est vrai qui ne diffère du fait cité ici que par son évolution clinique. Les auteurs insistent sur la ressemblance clinique de l'angine observée par eux avec l'angine diphtérique et sur le rôle pathogène qu'il faut attribuer au leptothrix dans des cas analogues.

E. L.

**Un cas d'angine membraneuse et de vaginite membraneuse de nature diphtérique douteuse chez une malade convalescente de scarlatine, avec association d'éruption érythémateuse**, par C. K. MILLARD (*Lancet*, 11 novembre 1899).

Observation très intéressante. Sauf l'érythème spécial, les symptômes étaient ceux d'une diphtérie scarlatineuse avec auto-infection de la vulve et du vagin ; l'amélioration apportée par l'antitoxine et l'apparition de l'albuminurie confirmèrent le diagnostic. D'autre part, on ne put trouver le bacille de Lœffler. La présence constante dans des cultures presque pures du *staphylococcus pyogenes aureus* expliquerait peut-être la nature de l'érythème. Il peut se faire que l'albuminurie ait été une suite de la scarlatine indépendante de la diphtérie ?

SAINT-CLAIR THOMSON.

**Complications du traitement de la diphtérie par le sérum**, par CH. BOLTON (*Lancet*, 1<sup>er</sup> avril 1899).

Ces complications sont les suivantes : éruptions, douleurs articulaires, fièvre, albuminurie transitoire, abcès, meurtrissures et eschares au point injecté, et certaines lésions constitutionnelles.

En résumé, on peut dire que les accidents causés par l'antitoxine sont quelquefois très pénibles mais tout à fait inoffensifs,

excepté dans un cas où l'auteur observa des eschares chez un enfant se trouvant dans des conditions déplorables, résultant de la combinaison de la scarlatine et de la diphthérie, au moment où on lui administra de l'antitoxine.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**200 observations consécutives de diphthérie traitée par le sérum anti-diphthérique, par A. J. TONKIN (*Lancet*, 21 octobre 1899).**

Mémoire accompagné d'une série de tableaux intéressants signalant les cas de mort, l'âge, le sexe, l'époque du début du traitement; la présence de l'albumine, la fréquence de la trachéotomie, etc.

Les résultats du traitement antitoxique ont été les suivants: 1° Le taux de la mortalité est réduit à environ 3 % pour les cas soignés durant les trois premiers jours de la maladie, et 12 % pour tous les cas en général. 2° Les formes laryngiennes traitées de bonne heure sont très favorablement influencées. 3° La mortalité par trachéotomie est notablement abaissée. 4° Il y a moins souvent lieu de trachéotomiser si le traitement est appliqué à temps. 5° Les malades de tout âge et des deux sexes sont indifféremment atteints. 6° Les chances de néphrites sont diminuées. 7° Quand le traitement est institué précocement, on peut éviter l'albuminurie, ou du moins elle sera bénigne et disparaîtra rapidement. 8° La paralysie ne survient pas dans les cas soignés les premier et second jour de la maladie. La mortalité par la paralysie est très réduite. 9° Après l'injection d'antitoxine on n'observe pas de propagation de l'affection au larynx ou aux parties sous-jacentes. 10° Le seul inconvénient qu'on ait remarqué après son emploi est un léger malaise provoqué pendant quelques jours par l'urticaire et des douleurs articulaires dans un petit nombre de cas.

T. conclut, somme toute, qu'il faut faire un diagnostic précoce et appliquer aussitôt le traitement antitoxique.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**Paralysies diphthériques chez des malades traités par l'antitoxine, par I. J. WOOLACOTT (*Lancet*, 26 août 1899).**

Tableaux intéressants signalant la fréquence des paralysies, l'influence de l'âge, la répartition des diverses formes de paralysies, leur gravité, le moment où les muscles sont attaqués et la date du début de la paralysie. En résumé, l'action de l'antitoxine

sur la paralysie diphthérique peut être résumée de la manière suivante : Jusqu'ici le total des paralysies s'est accru. Il est évident que des doses massives, non inférieures à 4000 unités, ont plus d'effet que des doses minimales, tant pour prévenir la paralysie que pour abaisser le taux de la mortalité qu'elle provoque. Plus le traitement est précoce et moins on observe de paralysies, ou du moins ces dernières seront transitoires. En général, les paralysies sont moins dangereuses qu'autrefois, elles affectent surtout les enfants.

W. conclut que l'antitoxine n'a d'efficacité qu'à condition d'être administrée de bonne heure et à hautes doses, c'est le seul moyen d'éviter les complications ou tout au moins d'atténuer leur gravité :

SAINT-CLAIR THOMSON.

**Emploi de l'antitoxine diphthérique dans la pratique générale avec les résultats du traitement de 22 cas de diphthérie, par J. R. ARMSTRONG (*Lancet*, 4 mars 1899).**

Dans cet article, l'auteur exprime l'opinion que les praticiens généraux actuels n'emploient pas aussi souvent qu'il le faudrait l'antitoxine contre la diphthérie et ne semblent pas reconnaître la valeur du remède souverain qu'ils ont à leur disposition.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**Diphthérie primaire de l'amygdale pharyngée, par BRÆCKART (*Rev. hebdomadaire de laryngologie*, 28 janv. 99).**

Observation intéressante montrant que l'amygdale pharyngée peut être une localisation du bacille de Löffler.

Ces cas sont probablement plus rares en apparence qu'en réalité.

Il s'agit ici d'une infection atténuée ; mais pouvant être grave pour l'entourage.

DR RIPAUT.

**Angine syphilitique, par J. S. MOREMAN (*Charlotte med. journ.*, janvier 1899 ; in *Laryngoscope*, mars 1899).**

On a dit qu'un tiers du monde civilisé était atteint de spécificité héréditaire ou acquise. L'auteur croit qu'il y a là une exagération, malgré que la syphilis soit plus répandue qu'on ne se l' imagine généralement.

On observe les lésions de la gorge depuis le début de l'infection jusqu'à la période tertiaire et même vingt ans et plus après l'appa-

rition de l'accident initial. Après les organes génito-urinaires, c'est sur l'amygdale que se localise le plus souvent le chancre.

Une petite ulcération du pharynx rend toute la région très douloureuse. La coloration rouge sombre est caractéristique. Comme traitement local, on appliquera de fortes solutions de nitrate d'argent, de bichlorure de mercure, d'acide phénique et d'autres antiseptiques, sans négliger la médication interne qu'on prolongera même après la disparition des lésions de la gorge.

A la période tertiaire on observe souvent des plaques muqueuses. Dans ce cas on associera le traitement local à l'absorption d'iode de potassium.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

### AMÉRIQUE

#### Pharynx et Varia.

**E. J. Farnum.** Bec de lièvre et fissure palatine (*Chicago méd. Times*, novembre 1896).

**J. A. Phulte.** L'antitoxine dans la diphthérie (*Chicago méd. Times*, novembre 1896).

**J. D. Milligan.** Méthode simple pour examiner la gorge (*N.-Y. méd. Record*, 21 novembre 1896).

**J. H. Coulter.** Amygdalectomie galvano-caustique (*N.-Y. méd. journ.*, 21 novembre 1896).

**S. S. Bishop.** Végétations adénoïdes de la voûte du pharynx (*New. Albany méd. Herald.*, septembre 1896).

**C. H. Cargile.** Emploi de la crème glacée pour nourrir les malades atteints de paralysie pharyngée (*Therap. Gazette*, 15 décembre 1896).

**L. Fischer.** Traitement de la diphthérie : enquête sur les méthodes modernes employées à Berlin durant l'été 1896 (*N.-Y. méd. Record*, 26 décembre 1896).

**S. H. Chapman.** Note sur le traitement de la diphthérie (*N.-Y. méd. journ.*, 19 décembre 1896).

**R. A. Sands.** Goitre exophtalmique traité avec succès par l'extrait thyroïdien (*N.-Y. Acad. of méd.*; in *N.-Y. méd. Record*, 9 janvier 1897).

**B. H. Detwiler.** Traitement antitoxique de la diphthérie (*Therap. Gazette*, 15 janvier 1897).

**H. J. Mulford.** Origine diathésique du tissu pharyngien de l'enfant (*N.-Y. méd. Record*, 23 janvier 1897).

**H. Mackenzie.** Traitement de la maladie de Graves (*Amer. journ. of méd. sciences*, février 1897).

- E. Pynchon.** Instruments employés pour l'amygdalotomie par la dissection électro-caustique (*Laryngoscope*, février 1897).
- G. B. H. Swayze.** Sur la diphthérie (*Saint-Louis méd. and Surg. journ.*, février 1897).
- D. C. Moriarta.** Sérothérapie de la diphthérie (*N.-Y. méd. journ.*, 13 février 1897).
- L. Lofton.** Chancre lingual (*N.-Y. méd. journ.*, 13 février 1897).
- G. E. Daly.** Diphthérie et scarlatine (*N.-Y. méd. Record*, 20 février 1897).
- C. Fulton.** Corps étrangers des voies aériennes (*N.-Y. méd. Record*, 20 février 1897).
- J. B. Stair.** Traitement de la diphthérie (*N.-Y. méd. journ.*, 6 mars 1897).
- W. T. Bull et J. B. Walker.** Œsophagotomie externe pratiquée avec succès pour une pièce dentaire enclavée dans l'œsophage pendant vingt-deux mois, avec cent soixante-sept observations recueillies jusqu'en janvier 1897 (*N.-Y. méd. Record*, 6 mars 1897).
- J. W. S. Mc Cullough.** Hémorragie secondaire consécutive à l'amygdalotomie (*N.-Y. méd. Record*, 20 mars 1897).
- Somers.** Etude de l'amygdale linguale (*Laryngoscope*, mars 1897).
- C. G. Kerley.** Inflammations aiguës non spécifiques des voies respiratoires supérieures chez les enfants (*Arch. of Pediatrics*, avril 1897).
- J. B. Herrick.** Observation de crétinisme sporadique ou myxœdème infantile (*Arch. of Pediatrics*, avril 1897).
- C. S. Caverly.** Trois cas de crétinisme dans la même famille traités par l'extract thyroïdien (*N.-Y. méd. Record*, 10 avril 1897).
- J. E. Newcomb.** Anomalies des piliers (*Laryngoscope*, avril 1897).
- Pynchon.** Evolution des insufflateurs (*Laryngoscope*, avril 1897).
- E. J. Kuh.** Cancer primitif du pharynx nasal guéri par des injections d'alcool (*N.-Y. méd. Record*, 17 avril 1897).
- J. A. James.** Quelques remarques sur les végétations adénoïdes (*N.-Y. méd. Record*, 17 avril 1897).
- J. H. Moore.** Diphthérie chronique (*N.-Y. méd. Record*, 17 avril 1897).
- H. B. Delatour.** Ablation d'un corps étranger de l'œsophage par la pince œsophagienne, guidée à l'aide du fluoroscope (*N.-Y. méd. Record*, 1<sup>er</sup> mai 1897).
- H. Stern.** Hémiplégie croisée dont le phénomène principal est la paralysie pharyngée. Origine syphilitique (*N.-Y. méd. journ.*, 1<sup>er</sup> mai 1897).
- A. Coolidge.** Dysphagie hystérique (*Amer. lar. Ass.*; in *N.-Y. méd. Record*, 8 mai 1897).
- J. W. Gleitsmann.** Traitement des affections amygdaliennes chroniques avec présentation d'instruments (*Amer. lar. Ass.*; in *N.-Y. méd. Record*, 8 mai 1897).
- A. W. de Roaldes.** Cas remarquable de fibro-chondrome d'origine branchiale (sératome pharyngien), extrait de la gorge d'un enfant de 6 semaines (*Amer. lar. Ass.*, Pittsburgh, 16 mai 1896, et *N.-Y. méd. journ.*, 6 février 1897).
- H. L. Swain.** Affection aiguë de l'amygdale linguale (*Amer. lar. Ass.*, Pittsburgh, 16 mai; *N.-Y. méd. journ.*, 25 juillet 1896).

**T. Hubbard.** Epithélioma squameux du voile du palais guéri par des injections de potasse caustique (*Amer. lar. Ass.* Pittsburgh, 16 mai; *N.-Y. méd. journ.*, 12 septembre 1896).

**G. H. Makuen.** Anomalie inusitée de la parole (*Amer. lar., rhin. and otol. soc.*, New-York, 17 avril 1896).

**R. Levy.** Tuberculose laryngienne (*Amer. lar., rhin. and otol. soc.*, New-York, 17 avril 1896).

**J. A. Booth.** Œdème dans la maladie de Grave. Observation d'œdème des paupières. Thyroïdectomie (*N.-Y. méd. Record*, 11 juillet 1896).

**W. Washburn.** Un cas de glossite (*N.-Y. méd. Record*, 1<sup>er</sup> août 1896).

**E. B. Lewis.** Amygdales linguales (*The Laryngoscope*, juillet 1896).

**A. Baginsky.** Traitement antitoxique de la diphthérie à l'hôpital infantile empereur et impératrice Frédéric de Berlin, avec remarques du Dr Winter (*N.-Y. méd. Record.*, 8 août 1896).

## NOUVELLES

### XIV<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Le Comité exécutif a été constitué ainsi qu'il suit :

*Président* : J. CALLEJA Y SANCHEZ; *secrétaire-général* : A. FERNANDEZ CARO Y NOUVILAS; *trésorier* : J. GOMEZ Y JUNA; *membres* : les présidents et secrétaires des sections.

Le XIV<sup>e</sup> Congrès international de médecine se réunira à Madrid, sous le patronage de LL. MM. le roi D. ALFONSE XIII et la reine régente, du 23 au 30 avril 1903.

La cotisation sera de 30 pesetas. Cette somme sera versée au secrétariat général (Faculté de médecine de Madrid), qui remettra à l'intéressé sa carte d'identité.

Le Congrès comprendra les sections suivantes :

1<sup>o</sup> Anatomie (anthropologie, anatomie comparée, embryologie, anatomie descriptive, histologie normale et tératologie).

2<sup>o</sup> Physiologie, physique et chimie biologiques.

3<sup>o</sup> Pathologie générale, anatomie pathologique et bactériologie.

4<sup>o</sup> Thérapeutique, pharmacologie et matière médicale.

5<sup>o</sup> Pathologie interne.

6<sup>o</sup> Neuropathies, maladies mentales et anthropologie criminelle.

7<sup>o</sup> Pédiatrie.

8<sup>o</sup> Dermathologie et syphiligraphie.

9<sup>o</sup> Chirurgie et opérations chirurgicales.

10<sup>o</sup> Ophtalmologie.

11<sup>o</sup> Otologie, rhinologie et laryngologie.

12<sup>o</sup> Odontologie.

13<sup>o</sup> Obstétrique et gynécologie.

14<sup>o</sup> Médecine et hygiène militaire et navale.

15<sup>o</sup> Hygiène, épidémiologie et science sanitaire technique.

16<sup>o</sup> Médecine légale.

Les dames appartenant aux familles des congressistes et les accompagnant bénéficieront des réductions sur les chemins de fer et pourront assister aux fêtes du Congrès. Elles devront se munir d'une carte spéciale du prix de 12 pesetas.

La IX<sup>e</sup> session de la Société allemande d'otologie se tiendra à Trèves à la Pentecôte de 1902.

---

Nous avons reçu les deux premiers numéros de la *Pratica oto-rinolaringoiatrica*, journal de l'Institut pour le traitement des maladies de l'oreille, du nez et de la gorge, dirigé à Milan, par le Prof. T. DELLA VEDOVA, avec le Dr AMBROSINI comme adjoint.

---

La Société italienne de laryngologie, otologie et rhinologie tiendra son 6<sup>e</sup> Congrès à Rome à la fin d'octobre.

Les sujets suivants y seront discutés :

1<sup>o</sup> La physiologie de l'oreille moyenne en rapport avec la chirurgie des otites sèches, *rapporteurs* : FARACI, NUOLI et SECCHI.

2<sup>o</sup> Innervation du larynx, *rapporteurs* : MASINI et TRIFILETTI.

3<sup>o</sup> Comment peut-on régler efficacement dans la pratique l'exercice de nos spécialités ? *rapporteur* : GRADENIGO.

---

Le Dr D. Bryson DELAVAN a été nommé chirurgien laryngologiste consultant à l'hôpital Saint-Luc, de New-York, en remplacement du Dr G. M. LEFFERTS, qui a résigné ses fonctions.

---

L'Association laryngologique américaine se réunira à Boston, en mai 1902, sous la présidence du Dr J. W. FARLOW ; *secrétaire* : J. E. NEWCOMB, 118 W. 69<sup>th</sup> street, New-York.

---

La session annuelle de la Société américaine de laryngologie rhinologie et otologie se tiendra en 1902, à Washington, sous la présidence du Dr C. W. RICHARDSON ; *secrétaire* : W. C. PHILIPPS, 350 Madison Ave. New-York.

---

L'Association ophtalmologique et oto-laryngologique de l'ouest se réunira à Chicago, du 10 au 12 avril 1902, sous la présidence du Dr C. R. HOLMES ; *secrétaire* : W. L. BALLENGER, 100 State street, Chicago.

---

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 15 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

---

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÈBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

SIROPS LAROZE IODURÉS. Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

SIROPS LAROZE BROMURÉS. Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et le Polybromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

## OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

XIII<sup>e</sup> Congrès international de médecine, Paris, 1900. Section de médecine et chirurgie générale. Comptes rendus publiés par CH. WALTHER. Section d'ophtalmologie. Comptes rendus, publiés par ROCHON-DEVIGNEAUD (prix : 5 francs chaque volume, Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1901).

A combined intranasal and extranasal operation for the correction of a congenital concave vertical and lateral deformity of the Nose, with the report of a case (Observation d'opération intra et extra-nasale combinée pour la correction d'une difformité nasale congénitale, concave, verticale et latérale), par B. S. BOOTH (Extrait du *N.-Y. méd. journ.*, 27 avril 1901).

An operation for exaggerated Roman Nose (Opération pour un nez romain exagéré), par J. P. CLARK (Extrait du *Boston méd. and surg. journal*, 30 mai 1901).

Papillomatous growth of the Tonsil (Tumeur papillomateuse de l'amygdale), par J. P. CLARK (Extrait du *Laryngoscope*, février 1900).

La hernie cérébrale au cours et à la suite de la trépanation, par H. CABOCHÉ (Broch. de 170 p., L. Boyer, imprimeur, Paris, 1901).

Atlas der Nasenkrankheiten (Atlas des maladies du nez), par R. KRIEG, avec texte anglais de A. ROMAN (fasc. 6 et 7, F. Enke, éditeur, Stuttgart, 1901).

Giebt es eine isolirte Lähmung des Musc. cricothyreoideus? (Existe-t-il une paralysie isolée du muscle crico-thyroïdien?) par W. LUBLINSKI (Tiré à part de la *Munchener. méd. Woch.*, n° 26, 1901).

Thérapeutique des maladies de l'oreille, par M. LERMOYER et M. BOULAY (Deux in-18 Jésus, avec figures dans le texte, prix : 4 fr. chaque, O. Doin, éditeur, Paris, 1901).

Histoire des maladies du pharynx. I. Période gréco-romaine et byzantine et période arabe, par G. CHAUVEAU, avec une préface de DU CASTEL (In-8° de 300 p., J. B. BAILLIÈRE et fils, éditeurs, Paris, 1901).

Syphilis tertiaire du nez chez une jeune fille. Infection, au cours de l'allaitement, par la nourrice. Séquestres et polypes muqueux, par M. NATIER (Extrait de *La Parole*, n° 10, 1900).

Le Gérant : MASSON et C<sup>ie</sup>.



